

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
STÉFANIE PICHETTE-LECLERC

ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ D'UN GROUPE D'INTERVENTION BREF ET
INTERDISCIPLINAIRE POUR LA DOULEUR CHRONIQUE

AOÛT 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Frédéric Dionne, Ph.D., directeur de recherche Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Marie-Claude Blais, Ph.D. Université du Québec à Trois-Rivières

Stéphanie Cormier, Ph.D. Université du Québec en Outaouais

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

Sommaire

L'objectif général de cet essai est d'évaluer l'efficacité et la satisfaction d'un programme d'intervention psychoéducatif et interdisciplinaire auprès de personnes souffrant de douleur chronique. Le premier chapitre se divise en cinq sections. La première section dresse un portrait de la douleur chronique en précisant la définition, les différentes classifications et la prévalence. La deuxième section documente les impacts de la douleur chronique sur le fonctionnement quotidien et sur la santé mentale. Cette section fait état des études sur différents troubles psychologiques associés à la douleur chronique. La troisième section détaille les facteurs explicatifs neurophysiologiques et psychologiques associés au développement et au maintien de la douleur. La quatrième section décrit la pertinence de la psychologie en douleur et l'état actuel des connaissances sur les interventions privilégiées en gestion de la douleur, ainsi que les différentes modalités de traitement. Finalement, la cinquième section présente les limites de la littérature actuelle ainsi que les objectifs et les retombées de l'essai. Le deuxième chapitre de cet essai présente l'évaluation d'un programme psychoéducatif et interdisciplinaire en douleur chronique. Cette étude a fait l'objet d'un article scientifique intitulé « Évaluer l'efficacité et la satisfaction d'une intervention interdisciplinaire brève chez des patients souffrant de douleur chronique », accepté pour publication à la revue *Douleur et Analgésie*. Le premier objectif de cette étude est d'évaluer l'efficacité de l'intervention « Mieux gérer la douleur au quotidien ». Il est postulé que le niveau d'activité quotidien augmentera à la suite de l'intervention (Hypothèse 1). Il est prédit que les symptômes dépressifs et anxieux diminuent (Hypothèse 2). Il est attendu que les

participants auront diminué leur tendance à la dramatisation à la suite de l'intervention de groupe (Hypothèse 3). Le deuxième objectif est d'évaluer la satisfaction des participants à l'intervention. Il est prédit que les participants seront satisfaits du programme (Hypothèse 4). Enfin, le troisième chapitre est une conclusion générale qui résume les éléments clés de la littérature actuelle et qui met en relation les limites de celle-ci avec les objectifs de l'étude réalisée. Ce chapitre propose aussi des pistes de recherches futures, tel que de développer davantage de modalités de traitement pouvant accommoder les patients vivant en région et de déterminer quelle intervention pourrait être efficace pour différents types de clientèle souffrant de douleur chronique.

Table des matières

Sommaire	iv
Liste des tableaux	ix
Remerciements	x
Contexte théorique	1
Définition de la douleur chronique	3
Prévalence et ampleur de la douleur chronique.....	3
Classification des types de douleur.....	4
Les conséquences de la douleur chronique	6
Incapacités reliées à la douleur chronique.....	6
Une faible qualité de vie.....	8
Troubles psychologiques associés à la douleur	9
Troubles dépressifs.....	10
Troubles anxieux.....	11
Facteurs explicatifs de la douleur chronique	12
Facteurs neurophysiologiques	12
Facteurs psychologiques associés à la douleur chronique	14
Dramatisation de la douleur.....	15
Kinésiophobie	15
Sentiment d'injustice perçue	16
Acceptation	17
Sentiment d'efficacité personnelle	18
Pertinence des interventions thérapeutiques en gestion de la douleur.....	20

Thérapies probantes pour la douleur chronique	21
Thérapie cognitive et comportementale	21
Thérapie d'acceptation et d'engagement.....	24
La psychoéducation comme intervention adjuvante.....	26
Format des interventions	28
Interventions offertes en interdisciplinarité.....	28
Interventions offertes en groupe	30
Les interventions brèves.....	31
Limites des études existantes et pertinence de la présente étude	32
Objectifs de l'étude et hypothèses.....	34
Retombées possibles	35
Article scientifique : Évaluer l'efficacité et la satisfaction d'une intervention interdisciplinaire brève chez des patients souffrant de douleur chronique	37
Résumé.....	39
Introduction	40
Méthodologie.....	43
Participants	43
Instruments de mesure.....	44
Données sociodémographiques.....	44
Incapacité reliée à la douleur	44
Anxiété et Dépression	45
Dramatisation de la douleur.....	45
Satisfaction du programme	46
Déroulement	46

Analyses statistiques	47
Résultats	47
Discussion	50
Références	56
Tableaux	59
Conclusion.....	62
Références	67
Appendice A : Description des Centres d'expertise en gestion de la douleur et du groupe Mieux gérer la douleur au quotidien	86
Appendice B : Normes de présentation de l'article scientifique par Douleur et Analgésie	90

Liste des tableaux

Tableau

1	Données sociodémographiques	59
2	Tableau comparatif des variables d'incapacité reliée à la douleur, d'anxiété, de dépression et de dramatisation	60
3	Tailles d'effet des variables utilisant de Éta-carré	60
4	Distribution des fréquences et pourcentages du questionnaire de satisfaction	61

Remerciements

Le présent essai n'aurait pas été possible sans le bienveillant soutien de certaines personnes. Je désire exprimer ma reconnaissance à mon directeur de recherche, Monsieur Frédérick Dionne, PhD., professeur agrégé au département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son soutien psychologique, sa générosité, sa disponibilité, sa patience et surtout son implication active à toutes les étapes du doctorat. J'ai appris énormément en travaillant à tes côtés et j'accorde beaucoup d'importance à tes conseils. Je désire aussi remercier les professeures Marie-Claude Blais et Stéphanie Cormier pour leur implication et pour avoir accepté de participer à ce jury d'évaluation de l'essai. Je suis aussi redevable de la contribution de l'équipe multidisciplinaire de gestion de la douleur du CHUL à Québec, dont la Dre Anne-Marie Pinard et le psychologue François Bernier, pour avoir consacré du temps et de l'énergie à la réalisation de cette étude.

Je remercie aussi chaleureusement les membres de ma famille, dont ma mère Nicole, ma sœur Ariane, mon père Denis, ainsi que mes grands-parents Simonne et Numa, pour leur soutien affectif et leurs encouragements au fil des années. Par votre présence, vous m'avez aidé à me dépasser sur les plans personnels et professionnels et à m'encourager dans les moments de doute. À ma mère plus précisément, merci d'avoir été un modèle de persévérance et de réussite, ton apport est inestimable et je t'exprime ma profonde gratitude. Un grand merci aussi à mes amis de la cohorte du doctorat en psychologie 2013-2017 et à mes collègues du département à l'UQTR pour leurs

conseils, leur ouverture d'esprit et les moments plus légers afin de se rappeler que s'amuser dans cette aventure du doctorat est tout aussi important. Un remerciement particulier à une amie précieuse, Laurence, pour son appui dans toutes les sphères de ma vie, son énergie contagieuse et tous les cafés, ces moments où on voulait simplement se changer les idées.

Finalement, mon dernier remerciement a une grande valeur sentimentale et va à mon amoureux Guillaume, qui trouve toujours les bons mots pour m'encourager et me fait rire. Tes conseils sont précieux autant lors des relectures qu'au quotidien, merci d'être là. Par ton soutien chaleureux, tu m'as aidé à me faire confiance et à me développer afin de devenir une meilleure personne.

À vous tous, professeurs, superviseurs, membres de la famille, amis et collègues, qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cet essai et de ce doctorat en psychologie, merci infiniment.

Contexte théorique

La douleur chronique (DC) est un trouble multifactoriel associé à des difficultés physiques et psychologiques. Plusieurs conséquences découlent de la DC et peuvent affecter de nombreuses sphères de la vie de l'individu, que ce soit sur les plans physique, professionnel, familial, social, émotionnel et économique (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2006). La DC représente un fardeau économique et social pour le patient et pour le système de santé. Devant la complexité du problème de douleur et de ses impacts considérables sur la santé individuelle et le système de santé, il importe de développer et d'évaluer des interventions brèves et efficaces pour aider les patients souffrant de douleur persistante à mieux s'adapter à leur condition. Des interventions brèves de groupe, notamment, pourraient permettre à un maximum de patients d'avoir accès à des services spécialisés de troisième ligne. L'objectif général de cet essai est donc d'évaluer l'efficacité et la satisfaction d'un programme d'intervention psychoéducatif et interdisciplinaire pour des personnes souffrant de douleur chronique.

Le premier chapitre de cet essai a pour objectif de décrire la problématique de DC et ses conséquences chez les personnes qui en souffrent. Cette section détaillera les impacts de la douleur sur le fonctionnement quotidien et les troubles psychologiques associés. Ce chapitre présentera également différents facteurs physiologiques et psychologiques qui contribuent au maintien de la douleur. Finalement, il présentera l'état actuel des

connaissances sur le rôle de la psychologie en DC ainsi que les interventions psychologiques existantes en matière de DC.

Définition de la douleur chronique

La douleur est une expérience sensorielle et affective due à une lésion réelle ou potentielle des tissus ou exprimée en termes d'endommagement des tissus. Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), une douleur est dite « chronique » lorsqu'elle persiste sur une période excédant trois à six mois, ce qui représente la période normale de guérison (Merskey, & Bogduk, 1994). Melzack et Casey (1968) décrivent la douleur comme étant multidimensionnelle et complexe. La douleur a donc des composantes sensorielles (intensité, location, qualité, durée) et affectives (relation non plaisante, réponse de fuite) incluant des évaluations cognitives (valeurs culturelles, contexte).

Prévalence et ampleur de la douleur chronique

L'ampleur du phénomène de la DC cause un fardeau économique considérable pour la société. Au Canada, les coûts sont estimés à 6 milliards de dollars par année pour des frais directs entourant le recours aux soins et à environ 37 milliards en perte de productivité (p.ex. l'absentéisme au travail) et en rentes d'invalidité versées (Choinière et al., 2010 ; Phillips, & Schopflocher, 2008). La problématique de la DC affecte davantage de personnes que le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et l'Alzheimer réunis (Choiniere et al., 2010).

La DC touche de 11 à 29 % de la population adulte, ce qui représente environ une personne sur cinq au Canada (Boulanger et al., 2007; Gilmour, 2015; Moulin et al., 2002; Ramage-Morin & Gilmour, 2010; Reitsma et al., 2012; Schopflocher, Taenzer, & Jovey, 2011). La prévalence de la DC varie considérablement selon les études. Cette divergence s'explique par les différences dans l'échantillonnage, les critères d'inclusion, les diverses méthodologies et la définition de la DC utilisée (Reitsma et al., 2012). Selon une enquête épidémiologique canadienne auprès de 2000 répondants, la prévalence de la DC augmenterait avec l'âge, affectant trois aînés sur quatre. Les femmes seraient également plus touchées par la DC (Schopflocher et al., 2011). Toujours selon cette étude, environ le quart des patients de l'échantillon total vivait avec une DC depuis plus de vingt ans (22,5 %). Les douleurs au dos sont les plus fréquemment observées (bas du dos à 22 % et haut du dos à 9,5 %; Schopflocher et al., 2011).

Classification des types de douleur

Les douleurs peuvent être regroupées selon différentes catégories (Leo, 2007). Les premières catégories ont généralement des causes connues et sont associées à des conditions physiques, des maladies ou des blessures. Les douleurs nociceptives dites « somatiques » sont associées à un dommage des tissus, à de l'inflammation ou à un traumatisme localisé comme dans le cas de l'arthrite ou d'un cancer. Les douleurs nociceptives « viscérales » sont liées à un dommage au niveau des structures viscérales ou des organes comme dans le cas des problèmes de cœur et de reins. Les douleurs « neuropathiques » sont associées aux tissus nerveux liés au système

périphérique ou nerveux central et peuvent représenter des douleurs comme les névralgies.

Par ailleurs, dans certaines conditions, il n'est pas possible de préciser la cause de la douleur. Ces douleurs sont classées dans la catégorie des douleurs psychogéniques, car la douleur serait associée à une composante psychologique ou à de la détresse psychologique. Cette catégorie fait d'ailleurs l'objet d'une controverse quant au caractère fondé de sa définition, entre autres, car le diagnostic de douleur psychogène serait fréquemment posé par défaut suite à l'élimination des autres catégories diagnostiques, renforçant alors la croyance qu'un trouble psychiatrique pourrait expliquer la douleur (Katz, Rosenbloom, & Fashler, 2015). Le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* ; American Psychiatric Association, 2013) inclut d'ailleurs certaines modifications en réaction à ces critiques et la catégorie des troubles à symptomatologie somatique et troubles connexes a été ajoutée (voir Katz et al., 2015 pour plus d'information).

Comme il est possible de le constater, la douleur est un phénomène complexe qui se présente sous différentes formes. Elle touche une proportion importante de la population et elle est associée à des coûts non-négligeables en termes de santé publique. La prochaine section abordera l'impact de la DC dans le quotidien et les troubles psychologiques fréquemment rencontrés chez cette population.

Les conséquences de la douleur chronique

La douleur peut avoir des conséquences sur le fonctionnement quotidien, la qualité de vie et la santé mentale. Ces conséquences seront décrites ci-dessous.

Incapacités reliées à la douleur chronique

La DC regroupe des composantes sensorielle (p.ex., l'intensité et la localisation de la douleur), cognitive (p.ex., les pensées catastrophiques liées à la douleur), comportementale (p.ex., l'inactivité) et affective (p.ex., les symptômes dépressifs et anxieux). L'expérience douloureuse vécue par le patient est donc la résultante de l'interaction de ces composantes et peut affecter le fonctionnement quotidien (Marchand et al., 2013). Les deux tiers des personnes vivant avec une DC font face à d'importantes limitations et incapacités dans la réalisation des activités habituelles comme travailler, s'occuper de la maison, dormir, faire les courses, etc. (Blyth et al., 2011). Cela touche plus particulièrement les gens âgés de vingt à cinquante ans puisqu'ils sont habituellement plus actifs sur les plans social et professionnel (Blyth et al., 2011).

L'incapacité reliée à la douleur, définie par le niveau d'activité quotidienne restreint en raison de la DC, entraîne donc des conséquences importantes dans le quotidien par exemple sur la capacité à maintenir un emploi, à réaliser des tâches ménagères et à préparer les repas (Bizier, Fawcett, & Gilbert, 2016). Cela implique donc un changement (une réduction) de l'implication dans les activités quotidiennes. Cela peut aussi se représenter par des comportements d'évitement de certaines activités. De ce fait,

l'incapacité reliée à la douleur peut être un indice d'une diminution de la qualité de vie des gens atteints de DC.

Toutes les sphères de la vie d'une personne peuvent être affectées par la DC que ce soit au niveau physique, psychologique, physiologique, vocationnel, financier, légal, familial et socioculturel (Breivik et al., 2006; Leo, 2007). Par exemple, une personne ayant à vivre avec une diminution de ses capacités physiques pourrait subir des conséquences au travail que ce soit par des absences fréquentes ou une perte d'emploi, ce qui pourrait entraîner d'importantes conséquences financières. Le sommeil est aussi souvent affecté par la douleur, ce qui peut causer des problèmes de concentration et de l'irritabilité (Attal, Lanteri-Minet, Laurent, Fermanian, & Bouhassira, 2011; Inoue, Taguchi, Yamashita, Nakamura, & Ushida, 2017). La perte d'appétit peut survenir par la prise de médicament ou par les symptômes dépressifs. Le manque d'activité physique peut causer un gain ou une perte de poids. La douleur et ses composantes psychologiques peuvent entraîner des problèmes d'excitation sexuelle et une baisse de confiance qui nuisent aux relations de couple (Ambler, Williams, Hill, Gunary, & Cratchley, 2001). L'irritabilité, la douleur et l'isolement peuvent aussi amener une détérioration des relations familiales, sociales et de couple, ce qui maintient la personne en douleur dans un cercle vicieux d'isolement (Fernandez, & Turk, 1995 ; Leo, 2007). Ces éléments perturbateurs ainsi que l'isolement peuvent contribuer au développement de différents troubles psychologiques, qui seront détaillés plus loin dans cette section.

Une faible qualité de vie

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la qualité de vie se définit comme suit :

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, relatif à ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. (The WHOQOL Group, 1998, p. 1569-85)

La qualité de vie est un construit multidimensionnel qui inclut la perception des patients en douleur sur leur bien-être physique, social et émotionnel. Elle inclut également des composantes cognitives telles que la satisfaction émotionnelle et des composantes émotives comme le bonheur (Campbell et al., 1976). Plusieurs études ont démontré que les gens vivant avec une DC ont généralement une moins bonne qualité de vie, une plus grande incapacité et une santé mentale et physique plus fragile (Bonomi, Shikar, & Legro, 2000; Choinière et al., 2010; Pinto-Meza et al., 2009; Testa, Anderson, & Nackley, 1993; Veresciagina, Ambrozaitis, & Spakauskas, 2007; Waheed, Bhat, Hameed, & Nabi, 2012). Il a aussi été démontré que les patients qui utilisent de fortes doses de médicaments telles que les neuroleptiques, souvent consommées par les patients souffrant de DC, seraient plus enclins à avoir une baisse de qualité de vie (Cvijetic et al., 2013; Hall et al., 2011; Schiphorst Preupera et al., 2007). Une étude de Waheed et ses collaborateurs (2012) démontre que les femmes et les personnes âgées avec une douleur neuropathique auraient une plus faible qualité de vie générale.

Troubles psychologiques associés à la douleur

L'expérience de la douleur peut contribuer à l'émergence de troubles psychologiques. La présence d'un trouble psychologique mérite d'être prise en considération chez un patient souffrant de DC, car cela affecte non seulement la perception de la douleur, mais un ensemble de variables affectant le pronostic (Tang & Crane, 2006). La présence d'un trouble psychologique peut entraîner une diminution de l'adhérence et de la réponse au traitement (Nicholas, 2015). Nicholas (2015) attribuerait cette diminution entre autres à la charge allostatique (une usure accumulée au cours de la vie) qui pourrait altérer significativement la capacité d'un individu à s'adapter aux facteurs de stress, ce qui augmenterait le risque de problème de santé mentale et physique (Ganzel, Morris, Wethington, 2010; Seeman, Epel, Gruenewald, Karlamangla, & McEwen, 2010). La limitation dans les activités du quotidien et l'entrave à certaines activités dues à la DC exerceraient un effet médiateur sur le lien entre l'intensité douloureuse et les troubles psychologiques (Gilmour, 2015). Cette relation serait bidirectionnelle, car l'intensité douloureuse aurait également une influence dans les activités et les troubles psychologiques. Donc, si une personne a une intensité douloureuse plus élevée qui interfère avec les activités quotidiennes, elle a plus de risque de développer un trouble psychologique.

Des troubles psychologiques sont fréquemment associés avec la DC (Dersh, Gatchel, Mayer, Polatin, & Temple, 2006). Parmi les plus fréquents, on retrouve la dépression et les troubles anxieux (O'Reilly, 2011), les troubles liés à l'utilisation de

substances (Potter, Prather, & Weiss, 2008 ; Sullivan et al., 2010) et l'insomnie (Emery et al., 2014). D'autres troubles psychologiques comme la schizophrénie, les troubles somatiques, les troubles de la personnalité, la démence et les troubles de dysfonctions sexuelles sont associés à la DC, mais avec des prévalences moins importantes (Bonnot, Anderson, Cohen, Willer, & Tordjman, 2009; Dersh, Polatin, & Gatchel, 2002; Weisberg, 2000). Comme la prévalence des troubles dépressifs et anxieux est importante, ces deux troubles seront décrits plus en détail.

Troubles dépressifs. La dépression est le trouble le plus fréquemment associé à la DC (Leo, Pristach, & Streltzer, 2003; Sullivan, Edlund, Steffick, & Unutzer, 2005). Des études montrent qu'environ 18 à 56 % des patients aux prises avec une DC présenteraient également des symptômes de dépression (Bair, Robinson, Katon, & Kroenke, 2003; Miller & Cano, 2009). D'autres études indiquent que la comorbidité entre les troubles de l'humeur et la DC toucherait plus de 60 % des patients (Bair et al., 2003; Kirmayer, Robbins, & Dworkind, 1993) et que ces troubles affecteraient ainsi deux fois plus les patients douloureux que la population générale (Large, New, Strong, & Unruh, 2002). Il est aussi observé que la dépression est largement sous-diagnostiquée étant donné la difficulté de départager les symptômes somatiques des troubles de l'humeur et de la DC.

En plus des symptômes dépressifs, les études montrent que les patients vivant avec une DC seraient de deux à trois fois plus à risque de décès par suicide que la population

générale (Hassett, Aquino, & Ilgen, 2014; Hooley, Franklin, & Nock, 2014; Tang & Crane, 2006). En effet, les patients seraient cinq fois plus nombreux à exprimer le désir de mourir que ceux qui souffrent d'une douleur aiguë (de durée de moins de trois mois ; Fishbain, Bruns, Disorbio, & Lewis, 2009). Il est estimé que la prévalence des tentatives de suicide chez les patients en douleur oscillerait entre 5 et 14 % alors que celle des idéations suicidaires se situerait autour de 20 % (Tang & Crane, 2006).

Troubles anxieux. Les troubles anxieux ont aussi une prévalence importante dans la population avec une DC (O'Reilly, 2011). Des études montrent que le niveau d'anxiété augmenterait la perception de douleur et diminuerait le seuil de tolérance à la douleur (Tang & Gibson, 2005). D'autres études soulignent que la prévalence du trouble d'anxiété généralisée serait plus forte chez la population souffrant de DC que chez la population générale (Beesdo, Hoyer, Jacobi, Low, Höfler, & Wittchen, 2009; Jordan & Okifuji, 2011). Le taux d'état de stress post-traumatique serait aussi plus important chez les personnes ayant une DC que d'autres troubles psychologiques comme la dépression, atteignant 25 % selon certaines études (Amital et al., 2006; Jordan & Okifuji, 2011). L'anxiété sociale et le trouble panique toucheraient respectivement 11 % et 5 % des personnes souffrant de DC. Les personnes vivant avec une DC qui sont en rémission de leur trouble d'anxiété conserveraient néanmoins une intensité douloureuse plus importante que ceux n'ayant pas eu de trouble d'anxiété (Gerrits, Marwijk, Oppen, Horst, & Penninx, 2015).

En somme, l'incapacité reliée à la douleur, la faible qualité de vie et plusieurs troubles psychologiques sont des conséquences qui peuvent survenir avec la DC. Il est important de les prendre en considération dans le traitement et la gestion de la DC, car les troubles psychologiques associés à la DC peuvent être une complication fréquente qui peut influencer significativement le processus de rétablissement, par exemple en diminuant la motivation et l'adhérence au traitement (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007 ; Tunks, Crook, & Weir, 2008). La dépression et l'anxiété sont les troubles les plus fréquemment rencontrés dans cette population. En plus des troubles psychologiques connus, d'autres facteurs psychologiques peuvent eux aussi influencer la perception douloureuse et la gestion de la DC. Ces facteurs sont présentés dans la prochaine section.

Facteurs explicatifs de la douleur chronique

La complexité du phénomène de la DC laisse encore certaines questions aux chercheurs quant aux mécanismes impliqués dans la douleur. L'évolution de la compréhension de la DC a évolué au fil des années, amenant présentement une conception qui inclut des facteurs neurophysiologiques et psychologiques pour expliquer la DC. Cette section abordera donc la contribution de certains facteurs dans la transition d'une douleur aiguë en douleur chronique.

Facteurs neurophysiologiques

La douleur a été majoritairement étudiée d'un point de vue neurophysiologique afin de comprendre son origine, ses impacts sur le corps et le cerveau ainsi que les processus

impliqués dans le développement et le maintien de la DC. Comme sa définition l'indique, la DC est un phénomène complexe non linéaire qui peut survenir au-delà des durées de guérison normale et qui peut persister bien que les tissus endommagés semblent être guéris ou avoir retrouvé leur état original (Merskey, & Bogduk, 1994). D'un point de vue physiologique, suite à une douleur aiguë, le cerveau continue de recevoir des messages douloureux par les fibres nerveuses en périphérie (Henry, 2008). Ces fibres contiennent des nocicepteurs (une classe de protéine réceptrice capable de reconnaître un stimulus douloureux) et transmettent des messages de manière lente et répétée à plusieurs récepteurs dans le cerveau. Celui-ci interprète ces messages fréquents comme le signe que la douleur persiste et que les tissus ne sont pas réparés.

La théorie de la transmission de la DC s'explique aussi par la théorie du portillon élaborée par Melzack et Wall en 1965. Cette théorie est d'une certaine façon un précurseur à la psychologie de la douleur, car les auteurs ont commencé à mettre l'accent sur le rôle potentiel des facteurs psychologiques dans la perception de la douleur. Dans leur théorie, les auteurs proposent que la transmission d'influx nerveux à partir des fibres afférentes en périphérie jusqu'aux cellules de la moelle épinière (système central) soit modulée par un système de portillons. Ce système est influencé par l'activité dans les fibres qui ouvrent (augmentant la transmission de la douleur) ou ferment (diminuant le signal de douleur) les portillons, influençant ainsi le signal nociceptif. De plus, le système central est aussi influencé par des influx nerveux qui descendent directement du cerveau. Cette théorie vient ajouter le rôle dynamique du

cerveau ainsi que le rôle des facteurs psychologiques dans le développement de la douleur. Par exemple, un traitement comme l'acupuncture fermerait le portillon réduisant ainsi la douleur, car cette théorie explique qu'un seul message de douleur peut être transmis à la fois. Ceci explique pourquoi une douleur peut parfois en masquer une autre (Melzack, 1996). À l'inverse, le stress pourrait avoir comme impact d'ouvrir le portillon (augmenter la douleur), car l'état cognitif module le signal de douleur à la hausse et modifie la perception de la douleur (Asmundson, & Wright, 2004 ; Melzack, & Casey, 1968). En identifiant ce qui les aide à augmenter ou diminuer leur douleur, les patients peuvent donc avoir un certain contrôle dans leur fonctionnement quotidien et ainsi potentiellement améliorer leur qualité de vie qui peut être affectée, comme il a été possible de le constater.

Facteurs psychologiques associés à la douleur chronique

Comme cela a été vu dans la section précédente, la douleur est associée à de multiples conséquences. Quelques facteurs psychologiques, qu'ils soient cognitifs, comportementaux ou affectifs, peuvent aussi être en cause dans le développement et le maintien de la douleur. Ces facteurs peuvent moduler la perception (ouvrir le portillon) et le rapport à la douleur. Ils peuvent parfois contribuer à l'explication de l'intensité douloureuse perçue, de l'incapacité physique liée à la douleur, des répercussions émotionnelles, du manque d'efficacité des traitements et du développement de comorbidités psychologiques (Gatchel et al., 2007; Sturgeon, 2014). Les facteurs psychologiques présentés dans la prochaine section ont été choisis, car ils sont les plus

centraux et les plus étudiés dans la littérature actuelle (Gatchel et al., 2007 ; Sturgeon, 2014). Certains de ses facteurs sont perçus principalement comme étant négatifs tel que la dramatisation, la kinésiophobie et le sentiment d'injustice perçue. De leur côté, l'acceptation et le sentiment d'efficacité personnelle sont perçus positivement et contribueraient à expliquer comment une personne souffrant de DC peut avoir un niveau de fonctionnement satisfaisant et un état psychologique stable.

Dramatisation de la douleur. La dramatisation de la douleur, aussi appelée catastrophisme, est considérée comme un facteur important associé à la DC (Lamé, Peters, Vlaeyen, Kleef, & Patijn, 2005; Severeijns, Van Den Hout, Vlaeyen, & Picavet, 2002). La dramatisation de la douleur est un schème de pensées négatives exagérées à propos d'une douleur actuelle ou future (Monestès, Vuille, & Serra, 2007; Sullivan et al., 2001). Elle est associée à une augmentation de l'intensité de la douleur et à davantage de ruminations (Craner, Sperry, Koball, Morisson, & Gilliam, 2017 ; Sullivan, Bishop, & Pivik, 1995). La dramatisation est associée à plusieurs difficultés comme des symptômes dépressifs ou anxieux, à une plus grande incapacité, à une perception de manque de contrôle sur la douleur et à un fonctionnement émotionnel et social plus faible (Hamilton, Karoly, & Zautra, 2005; Sullivan et al., 1995; Wollaars, Post, van Asbeck, & Brand, 2007).

Kinésiophobie. La kinésiophobie est fréquemment associée au développement et au maintien de la DC (Fritz, George, & Delitto, 2001; Vlaeyen & Linton, 2000). Elle se

définit comme la peur du mouvement et de l'apparition ou de la réapparition de la douleur (Kori, Miller, & Todd, 1990). Elle peut engendrer l'évitement de certains gestes et situations par peur d'augmenter la douleur. La kinésiophobie contribuerait à l'invalidité en amenant à éviter des mouvements qui pourraient engendrer de la douleur, ayant pour effet d'augmenter l'intensité douloureuse de par le déconditionnement physique occasionné (Demmelmaier, Asenlöf, Lindberg, & Denison, 2010; Vlaeyen & Linton, 2000; Zale, Lange, Fields, & Ditte, 2013). Lorsque la kinésiophobie n'est pas traitée, elle pourrait donc nuire au processus de rétablissement et au retour au travail (Åkerström, Grimby-Ekman, & Lundberg, 2017; Werneke, Hart, George, Stratford, Matheson, & Reyes, 2009). La kinésiophobie serait un meilleur prédicteur des limitations fonctionnelles que les facteurs médicaux ainsi que de la durée et l'intensité de la douleur (Gatchel et al., 2007). L'exposition à l'activité physique et la participation à un programme de gestion de la douleur pourraient faire diminuer le niveau de kinésiophobie (Larsson, Hansson, Sundquist, & Jakobsson, 2016; Luning Bergsten, Lundberg, Lindberg, & Elfving, 2012).

Sentiment d'injustice perçue. Le sentiment d'injustice peut survenir lorsqu'une expérience de souffrance est non nécessaire et résulte d'une action d'autrui et dont les conséquences sont irréparables (Miller, 2001). Le sentiment d'injustice peut entraîner de la colère envers la situation, envers le temps qui passe sans guérison ainsi qu'envers soi-même en raison des prises de décisions qui auraient pu être différentes (Sullivan et al., 2008). Une forte proportion des personnes avec une DC ressentirait que leur souffrance

est causée injustement par autrui (Aceves-Avila, Ferrari, & Ramos-Remus, 2004). Les résultats d'une étude réalisée auprès de personnes avec une douleur musculosquelettique présentant un sentiment d'injustice élevé montreraient un degré d'invalidité au travail plus important (Sullivan et al., 2008). Le sentiment d'injustice serait un facteur de risque pour un faible processus de rétablissement, serait associé à une intensité douloureuse plus élevée, à un plus grand nombre de symptômes dépressifs et post-traumatiques, à une plus grande incapacité reliée à la douleur et à une diminution de la probabilité à retourner au travail (Ezenwa et al., 2015 ; Martel, Dionne, & Whitney, 2017; Sullivan et al., 2014).

Acceptation. L'acceptation est aussi un des processus psychologiques les plus étudiés en lien avec la DC (Vowles & Thompson, 2011). Des études longitudinales et transversales ont permis de démontrer que l'acceptation de la douleur serait associée à un meilleur fonctionnement émotionnel, physique et social (Craner et al., 2017 ; Elander, Robinson, Mitchell, & Morris, 2009; Esteve, Ramírez-Maestre, & López-Marínez, 2007; Gauthier et al., 2009; McCracken & Eccleston, 2005; McCracken & Vowles, 2008). L'acceptation se définit comme le fait de vivre avec la douleur sans réactions excessives ou tentatives pour la réduire ou l'éviter (McCracken & Eccleston, 2005). Elle est enseignée comme une alternative à l'évitement expérientiel ou à la non acceptation de la DC (la tendance à éviter ou supprimer les pensées, émotions et sensations douloureuses). Elle implique la participation active et consciente de la personne vivant avec une DC à accepter ses sensations physiques telles qu'elles sont,

sans essayer de changer leur forme ou leur fréquence, tout en continuant de réaliser des activités qui sont importantes pour la personne (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

L'acceptation générale de la condition et l'acceptation de la douleur sont positivement associées au fonctionnement cognitif, émotionnel, social et occupationnel (McCracken & Eccleston, 2005). Il n'y a pas que la douleur à accepter, mais aussi les émotions associées à celle-ci. Dans une étude, des chercheurs ont montré que les personnes qui acceptent leurs émotions en général, en plus de la douleur, présenteraient moins de symptômes dépressifs, d'anxiété et d'incapacité physique et psychosociale (McCracken, & Zhao-O'Brien, 2010). Elle prédirait aussi des affects plus positifs et un niveau de dramatisation plus faible (Chiros, & O'Brien, 2011; de Boer, Steinhagen, Versteegen, Struys, & Sanderman, 2014; Kratz, Davis, & Zautra, 2007; Viane, Crombez, Eccleston, Poppe, & Devulder, 2003; Vowles, McCracken, & Eccleston, 2007). En effet, les patients avec un niveau plus élevé d'acceptation auraient moins tendance à utiliser la dramatisation en situation de douleur.

Sentiment d'efficacité personnelle. Le sentiment d'efficacité personnelle est basé sur la théorie d'apprentissage social de Bandura. Il se définit comme un ensemble de croyances sur les capacités disponibles, l'investissement nécessaire et la persistance des efforts pour accomplir des performances particulières selon les activités ainsi que sur les réactions lorsque confronté à des obstacles (Bandura, 1977; Rondier, 2004). Évaluer le

sentiment d'efficacité en contexte de réadaptation serait important afin de mieux comprendre le fonctionnement psychologique, cognitif et physique. Cela serait l'un des paramètres les plus notables dans l'adaptation à la DC (Barlow, 2010). Les études montrent qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé contribuerait à une diminution de la douleur, de la détresse, de l'anxiété, de la dépression et de l'invalidité en plus d'être associé à une meilleure tolérance à la douleur (Barlow, 2010; Rondier, 2004; Söderlund, Sandborgh, & Johansson, 2017). Plus précisément, une personne souffrant de DC qui a un sentiment d'efficacité élevé serait plus susceptible de répondre favorablement au traitement et de voir son niveau d'invalidité diminuer (Costa, Maher, McAuley, Hancock, & Smeets, 2011). Selon une étude longitudinale sur quatre ans, les résultats montrent que le sentiment d'efficacité serait un meilleur prédicteur que la peur du mouvement (kinésiophobie) pour percevoir à long terme les répercussions sur les niveaux de douleur et d'incapacité (Costa et al., 2011).

En résumé, les deux dernières sections de cet essai nous permettent de voir que certains facteurs psychologiques (p.ex., dramatisation, kinésiophobie, sentiment d'injustice) peuvent survenir avec l'apparition de la douleur et peuvent ainsi contribuer au développement et au maintien de la DC. Toutefois, l'apparition de la douleur peut aussi entraîner le développement de troubles psychologiques (p.ex., anxiété, dépression). Cela peut donc avoir une influence négative sur le rétablissement de la personne, en augmentant la perception de la douleur (Kroenke, Spitzer, and Williams, 1994). Donc, le pronostic en gestion de la douleur peut être plus faible si l'état psychologique n'est pas

pris en compte dans l'évaluation et le traitement en gestion de la DC (Gatchel et al., 2007). Les prochaines sections feront l'état des connaissances actuelles sur les traitements psychologiques privilégiés en douleur chronique qui adressent ces problématiques.

Pertinence des interventions thérapeutiques en gestion de la douleur

Les efforts de plusieurs spécialistes, aux rôles différents, se conjuguent dans la gestion de la DC. La psychologie joue un rôle crucial dans le traitement de la DC (Sturgeon, 2014). Au-delà d'une compréhension médicale qui vise à intervenir plus particulièrement dans les causes biologiques (p.ex., par la médication), la psychologie vise une compréhension globale de la situation du patient, sur les aspects affectifs, comportementaux et cognitifs en lien avec la DC (Turk, & Burwinkle, 2005; Turk, Okifuji, & Sherman, 2000).

Les objectifs thérapeutiques des traitements psychologiques en DC visent généralement à fournir au patient des outils d'autogestion pour gagner un sentiment de contrôle sur les effets de la douleur. Cela permet aussi de l'aider à modifier les aspects affectifs, comportementaux, cognitifs et sensoriels de l'expérience douloureuse (Adams, Poole, & Richardson, 2006). Plus précisément, cela peut aider le patient à améliorer sa qualité de vie et à diminuer la souffrance vécue (p.ex., les états de dépression, d'anxiété et de colère). D'autres objectifs peuvent être poursuivis tels que l'amélioration des

connaissances sur les saines habitudes de vie et le sommeil (Deccache, Doumont, Berrewaerts, & Deccache, 2011).

Thérapies probantes pour la douleur chronique

Différentes thérapies psychologiques se sont montrées efficaces dans la gestion de la DC (Sturgeon, 2014). Ces thérapies peuvent agir comme adjuvant aux traitements standards comme la médication (Roditi & Robinson, 2011). En outre, la thérapie cognitive et comportementale (TCC) et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) représentent des interventions probantes en gestion de la DC. Cette section présentera une brève description de chaque approche en plus de présenter leurs appuis théoriques et cliniques. Elle abordera également une autre approche d'intervention utilisée, soit la psychoéducation. Bien que ce ne soit pas une thérapie psychologique, elle se montre pertinente en gestion de la douleur et peut être un ajout utile aux thérapies standards.

Thérapie cognitive et comportementale

La TCC dite traditionnelle s'est montrée efficace dans la gestion de la DC (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). Elle réfère à l'intégration de stratégies comportementales et cognitives. Cette forme de thérapie constitue la base de nombreux programmes de gestion de la DC. L'objectif principal de la TCC vise le changement du contenu des pensées (p.ex. catastrophiques), la réduction de la détresse associée à la DC, le reconditionnement du patient souffrant de DC en améliorant le fonctionnement quotidien ainsi que l'amélioration de la qualité de vie (Crombez,

Eccleston, Van Damme, Vlaeyen, & Karoly, 2012 ; Deccache et al., 2011; Williams, Keefe, & Vlaeyen, 2010). La TCC cherche à amener la personne à établir des objectifs réalistes et concrets et à favoriser la résolution de problème et la relaxation (Williams et al. 2010). Elle vise également à mieux gérer les émotions vécues en lien avec la DC, telles que l'incompréhension, la colère, le sentiment d'injustice, la dramatisation, la peur, l'anxiété et la déprime. Selon Favre et Cedraschi (2003), la TCC permettrait aussi d'améliorer la qualité de vie du patient en l'amenant à adopter une attitude de décentration face aux pensées, en retrouvant un sentiment de contrôle et en développant des techniques pour faire face à la douleur.

La TCC traditionnelle présente des appuis scientifiques pour la gestion de la DC auprès des populations adultes présentant des diagnostics variés (Bailey, Carleton, Vlaeyen, & Asmundson, 2010; Dysvik, Kvaloy, Stokkeland, & Natvig, 2010; McCracken & Turk, 2002; Morley, Eccleston, & Williams, 1999; Samwel, Kraaimaat, Crul, van Dongen, & Evers, 2009; Turk & Okifuji, 2002; Williams, Eccleston, & Morley, 2012). La Division 12 de l'Association américaine de psychologie (APA) recommande l'utilisation de la TCC dans le contexte de plusieurs problématiques de DC telles que la fibromyalgie, les douleurs lombaires et les migraines (Chou & Hoffman, 2007 ; Holroyd, Nash, Pingel, Cordingley, & Jerome, 1991 ; Williams et al., 2002 ; Williams, 2003). Les études comparent généralement la TCC à une liste d'attente ou un traitement standard tel que la médication. De son côté, l'IASP mentionne que les

approches cognitives et comportementales (et ses variantes) sont les plus efficaces (Nicholas, 2015).

Les méta-analyses et les revues systématiques montrent que la TCC présente de faibles tailles d'effet pour la diminution de la douleur et de l'incapacité liée aux activités ($d = 0,26$ à $0,33$) et des tailles d'effets modérées pour l'humeur, l'intensité douloureuse et la dramatisation au post-traitement ($d = 0,40$ à $0,61$; (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Ehde, Dillworth, & Turner, 2014; Hoffman et al., 2012; Pincus & McCracken, 2013; Williams et al., 2012). Au suivi de six mois, seul l'effet sur l'humeur demeure significatif lorsque comparé à une liste d'attente. Dans leurs recensions des écrits, Hoffman et ses collaborateurs (2007, 2012) rapportent que la TCC engendrerait des effets positifs sur l'incapacité liée à la douleur, la qualité de vie liée à la santé et la dépression. Bien que les tailles d'effets ne soient pas très élevées, Pincus et McCracken (2013) expliquent que cela peut être attribuable au fait que les groupes sont hétérogènes et incluent généralement des patients qui sont à faible risque de troubles psychologiques associés à la DC. De plus, certains de ces patients ne nécessitent pas de traitement psychologique. Finalement, ils expliquent que les faibles tailles d'effet peuvent être reliées au fait que les professionnels ne sont pas nécessairement spécialisés en traitement de la DC, ce qui pourrait avoir un impact sur les résultats.

En dépit de la popularité et de l'appui empirique de la TCC, ce ne sont pas tous les patients qui répondent favorablement à ce type de thérapie (Eccleston, Williams, &

Morley, 2009; McCracken & Turk, 2002). Par exemple, les patients qui sont très déprimés et qui voient leur douleur comme un évènement de vie fortement négatif et incontrôlable bénéficieraient moins de ce type de traitement (McCracken & Turk, 2002). Les patients qui décident de s'engager dans une TCC doivent être proactifs et prêts à faire des modifications dans leur quotidien (Leo, 2007).

Thérapie d'acceptation et d'engagement

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) fait partie des thérapies de type cognitif et comportemental (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Comparativement aux approches traditionnelles (comportementales, cognitives) qui visent davantage un meilleur contrôle de la douleur et une modification des « contenus cognitifs », cette nouvelle approche, dite de troisième vague, vise avant tout l'acceptation des sensations douloureuses et l'amélioration de la qualité de vie (Harris, 2004 ; Hayes et al., 2006). L'ACT se centre sur la reconnaissance et l'acceptation des émotions ainsi que le développement d'une attitude de distanciation et d'observation face aux pensées (Hayes et al., 2012). L'ACT utilise des métaphores, des paradoxes et des techniques de pleine conscience afin de parvenir aux changements et de mener ultimement la personne à s'engager plus activement dans les actions en lien avec ses valeurs profondes (p.ex., relations intimes, travail, etc. ; Harris, 2006).

Les méta-analyses et les revues systématiques existantes montrent que l'ACT engendrerait des améliorations significatives sur des variables comme l'humeur, la

qualité de vie, l'acceptation et l'incapacité reliée à la douleur (A-Tjak et al., 2015; Becker, 2014; Öst, 2014; Ruiz, 2012; Veehof, Oskam, Schreurs, & Bohlmeijer, 2011; Veehof, Trompeter, Bohlmeijer, & Schreurs, 2016). Des tailles d'effets de modérées à élevées ont été trouvées pour l'anxiété, le bien-être physique, la qualité de vie, l'incapacité reliée à la DC et le nombre de visites médicales (McCracken, MacKichan, & Eccleston, 2007; Veehof et al., 2011; Vowles & McCracken, 2008). Dans sa revue systématique, Becker (2014) constate que plus de la moitié des études recensées montrent des améliorations significatives suite à la thérapie ACT sur la qualité de vie, lorsqu'elle est comparée à des traitements habituels.

Sur le plan empirique, selon l'APA, l'ACT serait actuellement reconnue comme une approche « hautement appuyée » pour la DC (Division 12; Society of Clinical Psychology, 2011). Dans sa méta-analyse, Öst (2014) conclut que l'ACT est « probablement efficace » pour la DC. Dans les études sur la DC, l'ACT se serait avérée plus efficace que les groupes contrôles sur les listes d'attente (Buhrman et al., 2013; Johnston, Foster, Shennan, Starkey, & Johnson, 2010; Luciano et al., 2014; Trompeter et al., 2014; Wicksell et al., 2013). Actuellement, l'efficacité des interventions ACT est comparable aux interventions cognitives et comportementales traditionnelles (Thorsell et al., 2011 ; Veehof et al., 2016 ; Wetherell et al., 2011).

En plus des thérapies présentées ci-haut, d'autres approches peuvent aussi s'ajouter aux traitements afin d'intervenir de manière plus globale. La TCC et l'ACT peuvent se

montrer utiles afin d'intervenir sur le plan émotif et comportemental. Toutefois, certaines études montrent que les patients manqueraient généralement d'information à propos de leur condition physique et des conséquences engendrées par celle-ci (Deccache et al., 2011). L'ajout d'une composante éducative peut alors s'avérer pertinent, comme cela sera démontré ci-dessous.

La psychoéducation comme intervention adjuvante

La psychoéducation, aussi appelée l'éducation psychologique, est une intervention qui peut être utilisée seule ou lors d'une psychothérapie. D'ailleurs, elle est souvent vue comme une composante de l'approche cognitive et comportementale. Les interventions psychoéducatives permettraient d'améliorer les savoirs théoriques et pratiques ainsi que les savoir-faire (auto-soins, personnels et relationnels) à propos de la DC (Deccache et al., 2011). La psychoéducation permettrait d'aider le patient à comprendre et à gérer la pathologie responsable des douleurs, mais aussi à comprendre les conséquences et le handicap ressenti (Laroche, 2013). Plus spécifiquement, la psychoéducation permet l'obtention d'information relative à la douleur et les indicateurs de santé, l'établissement de buts et d'un rythme pour les activités, l'entraînement des stratégies de *coping* et le développement de résolution de problèmes (Brox, Storheim, Grotle, Tveito, Indahl, & Eriksen, 2008; Salvetti et al., 2012). Cette intervention viserait également à réduire l'intensité de la douleur, le niveau d'invalidité et les symptômes dépressifs (Salvetti et al., 2012).

Selon une synthèse de méta-analyses (N = 255 études) qui porte sur les effets de l'éducation psychologique pour les maladies chroniques, 58 % des études montrent que les interventions psychoéducatives seraient efficaces et permettraient une amélioration significative des conditions de santé (Lagger et, 2009). Elles seraient associées à des effets bénéfiques lorsque les objectifs d'intervention sont précis. Les critères d'efficacité sont très variés (qualité de vie, sévérité du handicap, intensité de la douleur, la réadmission hospitalière, etc.). Lagger et ses collaborateurs (2009) rapportent aussi une amélioration par rapport à la qualité de vie et une diminution des complications médicales. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'éducation psychologique intervient par exemple sur les croyances erronées du patient. Avec la bonne information, les patients sont amenés à expérimenter de nouveaux comportements à travers différentes activités, comme l'activité physique, et une meilleure prise de médication (Lagger et al., 2009). Ceci peut permettre de diminuer certains obstacles perçus par les patients face aux changements de comportements envisagés (p.ex., peur que la douleur augmente en augmentant l'activité physique).

Il est donc possible de constater que les interventions psychologiques ont des effets positifs sur le processus de rétablissement, l'invalidité et la détresse psychologique. La prochaine section détaillera sous quelle forme ces interventions peuvent être retrouvées et leur efficacité respective en gestion de la DC.

Format des interventions

Les psychothérapies comme l'ACT et la TCC et les autres types d'intervention comme la psychoéducation peuvent être offertes dans différents milieux et selon différentes modalités. Cette section présente les différentes modalités retrouvées principalement dans les cliniques de gestion de la DC. Afin de pouvoir bénéficier des savoirs et de l'accessibilité de plusieurs spécialistes en DC en même temps, l'interdisciplinarité est souvent préconisée dans la gestion de la douleur. Les approches de groupe et les approches brèves sont aussi des modalités retrouvées fréquemment en DC et sont présentées dans cette section.

Interventions offertes en interdisciplinarité. Le rôle de la psychologie et de l'interdisciplinarité est essentiel dans le traitement de la douleur chronique (Eccleston, 2001). L'interdisciplinarité est définie comme une équipe de travail regroupant différents types de professionnels travaillant dans le même département. Dans une équipe interdisciplinaire, la philosophie de travail est basée sur une meilleure coordination des services, une planification complète qui engage activement le patient ainsi que de fréquentes communications entre les membres d'équipe afin d'assurer le bien-être du patient (Gatchel, McGeary, McGeary, & Lippe, 2014). L'équipe interdisciplinaire en gestion de la DC se compose généralement d'un médecin, d'un psychologue, d'un ergothérapeute, d'un physiothérapeute, d'un pharmacien et d'une infirmière (Gatchel et al., 2014). Les professionnels en équipe interdisciplinaire effectuent des interventions de nature variée, soit médicales (p.ex., injections),

psychologiques (p.ex., thérapie individuelle) et physiques (p.ex., séances de physiothérapie).

Les interventions interdisciplinaires sont bien établies et seraient plus efficaces que les traitements standards (Chou et al., 2009; Gatchel et al., 2014; Kamper et al., 2015). Certaines études démontrent que les interventions interdisciplinaires amèneraient des améliorations avant et après un traitement en plus de réduire l'intensité de la douleur et l'incapacité reliée à la douleur (Kowal, Wilson, Geck, Henderson, & D'Eon, 2011; Oslund et al., 2009; Samwel et al., 2009; Scascighini, Toma, Dober-Spielmann, & Sprott, 2009). Une autre étude souligne également que ce type d'intervention pourrait engendrer des gains qui se maintiennent un an après avoir suivi le programme (Oslund et al., 2009). Les patients traités en clinique multidisciplinaire seraient deux fois plus nombreux à réintégrer le marché du travail et utiliseraient moins le système de santé que ceux qui sont traités au moyen d'une seule approche (Flor, Fydrich, & Turk, 1992; Norlund, Ropponen, & Alexanderson, 2009).

Les interventions réalisées dans le cadre d'un programme interdisciplinaire seraient également profitables au système de santé, car elles permettraient de jumeler les savoirs de plusieurs spécialistes, en plus de permettre de répondre aux besoins croissants de la clientèle (Gatchel et al., 2014; Gatchel & Okifuji, 2006; Turk & Swanson, 2007). La combinaison des traitements médicaux, physiques et psychosociaux (de type cognitif et comportemental) résulterait donc en une stratégie efficace qui permet de mieux traiter la

problématique que lorsqu'un professionnel agit seul. Dans le cadre de programme interdisciplinaire, l'approche de groupe est souvent celle considérée.

Interventions offertes en groupe. Les interventions de groupe peuvent se représenter sous différentes modalités, soit sous forme de séances d'éducation psychologique pour le patient ou la famille, de psychothérapies complètes de type cognitif et comportemental ou sous forme de groupes de soutien. Le format de groupe présente plusieurs avantages. L'approche de groupe permet aux usagers de recevoir un soutien mutuel de la part des autres membres du groupe en plus de partager leurs expériences et de favoriser l'application de différentes stratégies de gestion (Leo, 2007). Les interventions de groupe (p.ex. les psychothérapies et les groupes psychoéducatif) se veulent comme un lieu d'enseignement où le patient apprend à mieux gérer sa douleur (Keefe et al., 2002). L'approche de groupe peut aussi servir d'apprentissage vicariant pour les participants, ceux-ci peuvent apprendre sur leur douleur en observant le fonctionnement des autres membres du groupe. Cela peut être avantageux aussi pour discuter des défis et des réussites dans les traitements de la douleur et agir positivement sur les niveaux de motivation et d'espoir des patients (Keefe et al., 2002). En augmentant la motivation, cela peut permettre au patient de participer à de nouvelles activités ou reprendre le travail. Finalement, l'intervention en format de groupe est avantageuse, car elle permet de traiter un plus grand nombre de patients en même temps et ce qui pourrait faire diminuer les listes d'attentes.

Ehde, Dilworth et Turner (2014) stipulent qu'il y a peu d'études qui permettent d'évaluer les différences entre l'approche de groupe et l'approche individuelle dans la gestion de la DC. À l'heure actuelle, le choix de la thérapie varie principalement en fonction des intérêts du patient et de l'expertise du psychologue qui l'évalue et le traite. Il semblerait que les interventions individuelles seraient priorisées si le patient rencontre des troubles psychologiques (p.ex. la dépression) pouvant interférer avec la cohésion du groupe et l'adhérence au traitement (Keefe et al., 2002). Les patients qui ont une faible motivation au changement pourraient bénéficier d'approches individuelles et plus introspectives (Kerns, Rosenberg, Jamison, Caudill, & Haythornthwaite, 1997).

Les interventions brèves. Ces interventions sont de plus en plus utilisées dans les milieux hospitaliers en raison de leur ratio coût-efficacité. Il y a un intérêt pour le développement et l'évaluation d'intervention brève en gestion de la DC, c'est-à-dire des programmes comprenant entre 2 et 16 séances (Deccache et al., 2011 ; Shapiro et al., 2003). La littérature suggère que les interventions brèves présentent certains avantages comme d'avoir un meilleur contrôle des variables extérieures à l'intervention et une plus grande facilité à orienter l'intervention vers des buts et des objectifs spécifiques (Koss & Shiang, 1994). Toutefois, il y a un manque dans la littérature actuelle pour évaluer l'efficacité de ces interventions avec différentes populations touchées par la DC. Une des études les plus citées est celle de Turner, Mancl et Aaron (2006) qui ont évalué une intervention brève de TCC auprès de 158 patients avec un trouble douloureux temporo-mandibulaire. Les résultats suggèrent que l'intervention de quatre séances serait

intéressante pour diminuer l'interférence due à la douleur, les croyances erronées et les pensées catastrophiques. Elle permettrait en plus d'augmenter l'utilisation de stratégies de relaxation. Les gains sur l'intensité douloureuse et l'humeur dépressive semblent aussi se maintenir lors de la relance de 12 mois. D'autres études avec des groupes contrôles seraient nécessaires pour bien comprendre les mécanismes sous-jacents aux changements dans les interventions brèves.

En somme, l'apport des thérapies psychologiques est essentiel pour permettre aux patients de mieux s'adapter à leur douleur, pour favoriser l'acceptation de la douleur et la reprise des activités quotidiennes, ainsi que pour diminuer l'incapacité reliée à la douleur, la dramatisation et les croyances erronées. La TCC et l'ACT sont efficaces en format individuel et en format de groupe. Ces thérapies peuvent être administrées seules ou être combinées à une intervention interdisciplinaire. Les interventions interdisciplinaires peuvent inclure, en plus des thérapies psychologiques basées sur la TCC et l'ACT, des interventions psychoéducatives visant à augmenter les savoirs médicaux et psychologiques. Les approches interdisciplinaires se montrent utiles, car elles peuvent être offertes aisément en format de groupe et dans un format bref, ce qui favorise l'accessibilité aux soins de santé.

Limites des études existantes et pertinence de la présente étude

La recension de la littérature précédente nous amène à un certain nombre de constats. Premièrement, il existe peu d'études sur les groupes d'intervention brefs et

interdisciplinaires pour la DC (Ehde, Dilworth, & Turner, 2014). Afin de pouvoir bien comprendre leur apport, il serait nécessaire d'évaluer plus en détail ce type d'intervention. Deuxièmement, dans leur recension des centres de gestion de la douleur au Canada, Choinière et ses collaborateurs (2010) concluent que les établissements actuels ne suffisent pas à répondre aux demandes de consultation. Ils précisent en conclusion que des stratégies de prévention et des traitements efficaces sont nécessaires pour minimiser la souffrance et la chronicisation de la douleur. En effet, lorsque les gens restent longtemps sur les listes d'attente, ils sont plus à risque à développer un état dépressif ou à voir leur douleur augmenter (Lynch et al., 2008). Dans ce contexte, il semble donc nécessaire de miser sur des interventions brèves et d'éducation en groupe, car cela pourrait permettre de désengorger le système actuel et de réduire les listes d'attentes (Davies et al., 2011). Troisièmement, les interventions TCC, ACT ou de nature interdisciplinaire engendrent des effets bénéfiques chez les personnes souffrant de DC. Dans son article explorant les psychothérapies en gestion de la DC, Sturgeon (2014) conclut que la combinaison des modalités de traitements en psychologie constitue une approche intéressante pour répondre aux limites des interventions actuelles. En ce sens, le format d'intervention proposé dans la présente étude s'avère novateur. Il est animé par deux professionnels de domaine différent, il offre dans une modalité court terme et combine des savoirs théoriques (enseignement) et expérientiels (mise en pratique d'exercices) provenant d'approches probantes du domaine. Quatrièmement, il s'avérerait utile de mieux comprendre l'efficacité des interventions brèves et interdisciplinaires notamment sur les niveaux d'anxiété et de dépression. En effet, il n'est pas clair si les

interventions brèves peuvent agir sur ces deux variables. Cette démarche est d'autant plus pertinente, car dans la plupart des études, il n'y a pas de groupe contrôle et la durée des traitements varie considérablement (Knoerl, Smith, & Weiseberg, 2016; Mead, Theadom, Byron, & Dupont, 2006; Veehof et al., 2016). Cinquièmement, l'évaluation de la satisfaction est aussi recommandée par l'IMMPACT (*Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials*), un consensus d'experts américains en matière de gestion et d'évaluation de la DC, pour juger de la valeur clinique des résultats significatifs (Dworkin et al., 2008). Peu d'études ont évalué la satisfaction des programmes d'intervention interdisciplinaires et ces études ont surtout porté sur les traitements médicaux et pharmacologiques de première ligne de traitement (p.ex. avec leur médecin de famille ; McCracken, Klock, Mingay, Asbury, & Sinclair, 1997; Chapman et al., 2000). Pourtant, la satisfaction est un prédicteur important d'une meilleure santé physique, d'un fonctionnement plus efficace et d'une diminution de l'utilisation des services (McCracken et al., 1997). Dans ce contexte, cet essai tente de répondre aux limites énoncées précédemment en évaluant l'efficacité et la satisfaction d'un programme d'intervention bref et interdisciplinaire. L'étude évaluera l'efficacité sur les variables d'incapacité reliée à la douleur, d'anxiété, de dépression et de dramatisation.

Objectifs de l'étude et hypothèses

Les objectifs généraux de cet essai sont d'évaluer, d'une part, l'efficacité de l'intervention et, d'autre part, la satisfaction des participants. Il est attendu que

l'intervention de cinq semaines amène une réduction de l'incapacité reliée à la douleur (Hypothèse 1). Il est aussi prédit que les symptômes anxieux et dépressifs diminueront significativement après l'intervention (Hypothèse 2). De plus, il est attendu que le processus de dramatisation soit diminué significativement (Hypothèse 3). Finalement, il est aussi postulé que les participants seront satisfaits du programme (Hypothèse 4). Cette étude réalisée en milieu clinique pourrait avoir des retombées intéressantes.

Retombées possibles

Comme en témoigne la prévalence des troubles psychologiques associés à la DC, celle-ci engendre une souffrance importante à un niveau individuel. À un niveau plus global, le DC amène des coûts majeurs pour le système de santé (Schopflocher et al., 2011). Au Canada, l'attente pour une intervention dans un des principaux centres tertiaires de gestion de la douleur est estimée à environ 8 mois pour un premier rendez-vous (Peng et al., 2007). Dans ce contexte, il s'avère pertinent et économique de développer des interventions de groupe brèves afin de venir en aide aux patients souffrant de DC. De surcroît, il est essentiel d'évaluer l'efficacité des traitements disponibles dans les centres tertiaires en DC afin d'offrir des interventions satisfaisantes et efficaces. Lorsque ces interventions sont dispensées en amont, il est possible d'aider à prévenir la chronicisation de certaines douleurs et de troubles psychologiques (Miles et al., 2011).

Le prochain chapitre présente une étude qui évalue les effets et la satisfaction d'une intervention interdisciplinaire et psychoéducatif brève nommée « Mieux gérer la douleur au quotidien ». Cette étude contribue aux efforts de recherche visant à améliorer les soins aux patients. En termes de retombées, le programme est une intervention plus courte qui pourrait offrir une alternative aux traitements traditionnels longs et intensifs que l'on trouve dans les centres tertiaires et de réadaptation physique. Ce programme pourrait être facilement répliqué et implanté dans d'autres cliniques en gestion de la douleur.

**Évaluer l'efficacité et la satisfaction d'une intervention interdisciplinaire brève
chez des patients souffrant de douleur chronique**

Stéphanie Pichette-Leclerc, Doctorante en psychologie
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
3351, boul. des Forges (C.P. 500)
Pavillon Michel-Sarrazin (bureau 2011)
Trois-Rivières, Québec, Canada (G9A 5H7)
819-376-5011/1-800-365-0922 (poste 3520)

Frédéric Dionne, PhD, Psychologue et Professeur agrégé
Département de psychologie
Université du Québec à Trois-Rivières
3351, boul. des Forges (C.P. 500)
Pavillon Michel-Sarrazin (bureau 2011)
Trois-Rivières, Québec, Canada (G9A 5H7)
819-376-5011/1-800-365-0922 (poste 3520)

Dre Anne-Marie Pinard, Anesthésiologiste algologiste
Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique
Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL-CHU) de Québec
2705 Boulevard Laurier, Québec, QC, G1V 4G2
Professeure adjointe au Département d'anesthésiologie et de soins intensifs
Faculté de médecine, Université Laval

**Évaluer l'efficacité et la satisfaction d'une intervention interdisciplinaire brève
chez des patients souffrant de douleur chronique.**

**Assessing the efficacy and satisfaction of a brief interdisciplinary program for
patients suffering with chronic pain.**

L'efficacité des groupes brefs pour la douleur chronique

Résumé : Cette étude évalue les effets d'un programme interdisciplinaire et psychoéducatif déployé auprès de 88 participants souffrant de douleur chronique sur l'incapacité reliée à la douleur, les symptômes anxiodépressifs et la dramatisation. L'intervention est associée à une réduction significative des symptômes dépressifs, anxieux, de l'incapacité et de la dramatisation de la douleur. La satisfaction a été testée et montre que les participants sont en majorité satisfaits du programme reçu. Cette étude montre qu'un programme d'intervention bref et interdisciplinaire peut s'avérer efficace pour réduire les symptômes associés à la douleur.

Abstract: This study aims to evaluate the effect of an interdisciplinary and psychoeducative program on pain-related disability, anxiety and depressive-related symptoms and pain catastrophizing for 88 chronic pain patients. The program has been associated with a significant reduction in pain catastrophizing, anxiety, depressive and pain-related disability symptoms. Satisfaction toward the program has also been explored and participants were satisfied for the vast majority. The study showed that a brief and interdisciplinary approach seems efficient in reducing pain-related symptoms.

Mots clés : douleur chronique, TCC, ACT, psychoéducation, thérapie brève

Key words: chronic pain, CBT, ACT, psychoeducation, brief therapy

Introduction

La problématique de la douleur chronique (DC) affecte une large proportion de la population [1]. La qualité de vie des gens atteints de DC est considérablement affectée, car la douleur peut entraîner une plus grande incapacité au quotidien ainsi qu'une faible santé physique et psychologique [1]. De plus, les études démontrent qu'entre 18 et 60 % des personnes vivant avec une DC développeront des symptômes dépressifs sérieux [2] et qu'environ 45 % de cette population souffriront aussi de troubles anxieux [3].

Étant donné l'efficacité limitée de l'approche pharmacologique unique, les approches interdisciplinaires (qui utilisent des soins médicaux, psychologiques et physiques) seraient nécessaires pour une gestion efficace de la DC [4,5,6]. Plusieurs thérapies psychologiques ont démontré une certaine efficacité pour favoriser une meilleure adaptation à la DC, telles que la thérapie cognitive et comportementale (TCC) [7,8] et la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) [9,10]. Elles sont d'ailleurs recommandées par l'Association américaine de psychologie (APA) [11]. La psychoéducation comme traitement adjuvant présente également des apports intéressants pour la gestion de la DC et des symptômes associés [12].

La TCC, l'ACT et la psychoéducation peuvent également s'offrir en format de groupe. Offerts en contexte hospitalier et en services surspécialisés, ces interventions sont généralement brèves et utilisées en raison de leur ratio coût-efficacité avantageux et de la possibilité de jumeler les savoirs de plusieurs spécialistes [13]. Les interventions en

format de groupe sont généralement associées à une réduction des symptômes dépressifs et de l'utilisation de médicaments, à une amélioration de la qualité de vie, à plus de satisfaction des patients face à la vie, à un meilleur fonctionnement ainsi qu'à un retour au travail plus rapide [5,6].

Ces interventions de groupe peuvent s'avérer efficaces pour aider les personnes souffrant de DC à diminuer leurs symptômes anxieux et dépressifs. Selon la méta-analyse de Williams et ses collaborateurs [8], la TCC en groupe engendrerait des tailles d'effet modérées pour réduire les symptômes dépressifs, mais ces tailles d'effet sont considérées comme faibles au suivi de six mois. Les résultats sont similaires avec l'ACT [14]. Dans leur méta-analyse, Veehof, Trompetter, Bohlmeijer et Schreurs examinent 25 études portant sur l'évaluation d'interventions basées sur l'acceptation et la pleine conscience avec d'autres modalités de traitement. Les auteurs démontrent que les groupes d'intervention fondés sur la TCC et l'ACT se montreraient efficaces de manière équivalente pour diminuer l'anxiété liée à la douleur avec des tailles d'effets modérées. La TCC et l'ACT se montreraient prometteuses et équivalentes pour atténuer l'incapacité liée à la douleur et améliorer la qualité de vie [8,14]. Cependant, ces tailles d'effet demeurent faibles immédiatement après le traitement. Cela pourrait être dû au fait que l'incapacité liée à la douleur est vécue différemment selon les patients et selon le niveau d'interférence de la douleur avec les activités quotidiennes [14]. Dans leur revue intégrative qui examine et compare 35 études portant sur les interventions cognitives et comportementales, Knoerl, Smith et Weiseberg [15] révèlent que la TCC,

ajoutée à de la psychoéducation sur la douleur, se montrerait efficace pour réduire la détresse psychologique chez les adultes avec de la DC.

Les interventions cognitives et comportementales agissent aussi sur les variables psychologiques telles que la dramatisation de la douleur [16]. La dramatisation de la douleur (réaction cognitive amplifiée face à la douleur) est associée à une augmentation de l'intensité de la douleur et des symptômes dépressifs ainsi qu'à la restriction du réseau social [17]. Les études montrent que les groupes de TCC et de psychoéducation présentent des effets modérés sur la réduction de la dramatisation de la douleur [8,18].

Comme la douleur affecte plusieurs aspects psychologiques et physiques de la vie de la personne, les traitements interdisciplinaires résultent donc en une stratégie efficace et une solution rentable à long-terme afin de favoriser l'accès aux patients [19]. Alors que plusieurs experts en DC stipulent que des programmes interdisciplinaires devraient être davantage implantés dans les milieux hospitaliers, peu d'études ont vérifié l'efficacité des interventions brèves et interdisciplinaires en milieu clinique ou naturel. De plus, selon les recommandations de l'IMMPACT (*Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials*) [20], un consensus d'experts américains en matière de gestion et d'évaluation de la DC, la satisfaction envers le traitement devrait aussi être prise en considération lors de l'évaluation de l'efficacité d'un traitement.

L'objectif de ce projet pilote est d'évaluer l'efficacité et la satisfaction d'une intervention de groupe interdisciplinaire brève nommée « Mieux gérer la douleur au quotidien », décrite dans l'appendice A. Cette intervention intègre de la psychoéducation ainsi que des méthodes d'intervention provenant de la TCC et de l'ACT. Dans un premier temps, il est prédit que l'intervention sera associée à une réduction significative de l'incapacité reliée à la douleur (Hypothèse 1). Dans un deuxième temps, il est prédit que l'intervention sera associée à une diminution significative des symptômes anxiodépressifs (Hypothèse 2). Dans un troisième temps, il est postulé que le processus de dramatisation de la douleur diminuera significativement après le traitement (Hypothèse 3). Enfin, il est attendu que les participants seront satisfaits de l'intervention (Hypothèse 4).

Méthodologie

Cette section présente un portrait des participants à l'étude, les instruments de mesure utilisés de même qu'un plan d'analyse des données. Les données proviennent de l'intervention de groupe « Mieux gérer la douleur au quotidien » du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) à Québec, Canada (voir Appendice A pour les détails concernant les CEGDC).

Participants

Les participants retenus pour l'étude sont des patients référés au programme par l'entremise du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) de Québec. Ces patients

sont : 1) âgés de 18 ans et plus; 2) ont un diagnostic de DC; 3) présentent une composante anxieuse, dépressive ou une faible qualité de vie. Les groupes d'intervention sont composés d'environ 10 participants.

Instruments de mesure

Pour ce projet pilote, des questionnaires auto-rapportés ont été utilisés afin de répondre aux objectifs de l'étude. La durée de passation de l'ensemble des questionnaires est évaluée à 25 minutes. Les instruments de mesure préconisés dans cette étude faisaient déjà partie d'instruments choisis par l'équipe de professionnels du Centre d'expertise en gestion de la DC afin d'évaluer leurs interventions.

Données sociodémographiques. Quelques données socioéconomiques ont été recueillies comme la date de naissance, le genre, l'employabilité, la scolarité, l'état civil, la durée de la douleur, le diagnostic de douleur et la prise de médication. L'Échelle numérique de la douleur a été utilisée afin d'évaluer l'intensité de la douleur et avoir un portrait plus complet des participants. Trois questions ont été utilisées pour évaluer la douleur (1) actuelle, (2) moyenne et (3) la pire douleur dans les sept derniers jours sur une échelle de 0 (douleur minimale) à 10 (douleur maximale).

Incapacité reliée à la douleur. Pour évaluer cette variable, l'Inventaire de la douleur, le *Brief Pain Inventory* (BPI) [21] a été utilisé et il évalue le niveau de perturbation occasionnée par la douleur (incapacité) dans les activités quotidiennes sur

une échelle de type Likert en dix points allant de 1 (n'interfère pas) à 10 (interfère complètement). Les sphères de vie évaluées comprennent le niveau d'activités en général, l'humeur, la capacité de marcher, le travail, la jouissance de la vie, les soins personnels, les activités récréatives, les activités sociales et le support à la mobilité à la maison et à l'extérieur. L'échelle de l'interférence du BPI présente un alpha de 0,88 [21]. Dans cette étude, l'alpha est de 0,87, ce qui est considéré comme très bien.

Anxiété et Dépression. L'Échelle d'anxiété et de dépression hospitalière (*Hospital Anxiety and Depression Scale*; HADS) [22,23] est un questionnaire autorapporté de 14 items qui évaluent les symptômes d'anxiété (7 items) et de dépression (7 items) sur une échelle de type Likert en quatre points allant de 0 (pas du tout) à 3 (souvent). Un score élevé indique un plus haut niveau d'anxiété et de dépression. L'étude de validation rapporte un alpha de Cronbach de 0,83 pour le score du HADS-A et de 0,82 pour le HADS-D [24]. Dans la présente étude, l'alpha est de 0,81 pour le HADS-A et de 0,78 pour le HADS-D, ce qui est considéré comme satisfaisant.

Dramatisation de la douleur. L'échelle de dramatisation de la douleur (*Pain Catastrophizing Scale*, PCS) [17,25] a été le questionnaire utilisé pour évaluer les différentes pensées et émotions caractérisées par de la rumination, de l'amplification et du désespoir face à la douleur. Le PCS contient 13 items sur une échelle de type Likert en cinq points allant de 0 (pas du tout) à 4 (tout le temps). Le PCS a une cohérence

interne variant entre $\alpha = 0,85$ et $0,91$ [26]. Dans cette étude, l'alpha de Cronbach est de $0,93$, ce qui est considéré comme excellent.

La satisfaction du programme. Le questionnaire de satisfaction du programme « Mieux gérer la douleur au quotidien » a été élaboré par l'équipe de chercheurs. Il s'agit d'une échelle d'appréciation de cinq questions qui permet d'évaluer sur une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout) à 5 (extrêmement) la satisfaction des participants au programme interdisciplinaire et psychoéducatif. Par exemple, les participants doivent répondre à la question : « Dans quelle mesure croyez-vous que ce groupe va vous permettre de mieux gérer votre douleur? ». Les participants remplissent ce questionnaire à la fin de l'intervention.

Déroulement

Le programme interdisciplinaire et psychoéducatif « Mieux gérer la douleur au quotidien » est animé par un psychologue et un ergothérapeute, spécialisés dans la gestion de la DC. Différents sujets souvent rapportés par les patients souffrant de DC sont abordés tels que la compréhension de la douleur, l'équilibre dans les activités, la clarification des valeurs et des obstacles, le rôle et la gestion des pensées et émotions, l'hygiène de vie, la respiration et la médication. Les participants sont amenés à se fixer des objectifs à la maison et à faire un bilan de ces objectifs à chacune des rencontres. De plus amples détails concernant les thèmes abordés, l'ordre des sujets présentés ainsi que sur les objectifs spécifiques du groupe sont présentés dans l'appendice A.

Les participants sont inscrits à l'intervention via une référence de leur médecin du CEGDC. Ces participants sont ensuite contactés par un membre de l'équipe du CEGDC afin de réitérer leur intérêt à participer, puis sont invités à assister à la première séance à une date fixe. À la première rencontre, l'équipe de professionnels demande préalablement aux participants d'arriver 30 minutes avant le début de la rencontre afin de remplir des questionnaires cliniques pré-intervention. La sixième rencontre est un bilan individuel avec le psychologue et les participants remplissent les questionnaires post-intervention.

Analyses statistiques

Des tests t pour échantillons appariés ont été conduits afin de répondre à l'objectif d'évaluer les effets du programme psychoéducatif et interdisciplinaire. Avant de conduire les analyses de comparaison de moyennes, le postulat de normalité des données pour chaque variable à l'étude a été vérifié. Des analyses descriptives ont ensuite été réalisées afin de répondre à l'objectif d'évaluation de la satisfaction envers le programme d'intervention. Les analyses ont été conduites à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 22.

Résultats

Les données sociodémographiques sont présentées au Tableau 1. Au total, 88 patients (10 cohortes) ont répondu aux questionnaires pré et post traitement entre février 2013 et juillet 2014 (36 % sont des hommes et 63 % des femmes). Les participants sont

âgés entre 24 et 79 ans ($M = 53$ ans ; $ÉT = 10,5$). Parmi les données recueillies dans les dossiers médicaux accessibles ($n = 82$), la majorité des participants a été déclarée invalide au travail (53,8 %), sans emploi (20 %) et à la retraite (14 %). Les principaux diagnostics des participants sont les douleurs lombaires (40,2 %) et la fibromyalgie (18,3 %). Plus de la moitié des participants vivent avec de la DC depuis plus de 5 ans (58,5 %). Tous les participants prennent des médicaments pour soulager leur douleur (100 %).

Ces données sociodémographiques révèlent un portrait des participants similaire aux patients souffrant de DC dans les milieux hospitaliers [27]. L'intensité de la douleur des participants à l'étude est similaire aux niveaux cliniques observés dans la littérature. Cette section présente les résultats relatifs à chacune des hypothèses.

La première hypothèse voulait que l'intervention engendre une réduction significative de l'incapacité reliée à la douleur. Dans un premier temps, en utilisant le score total des 10 items du BPI (voir Tableau 2), les résultats montrent que l'incapacité reliée à la douleur a diminué significativement entre le pré et le post ($t(61) = 3,23$, $p < 0,001$). Dans un deuxième temps, le BPI distingue de façon plus précise plusieurs sphères avec lesquelles la douleur interfère tous les jours. Des réductions significatives ($p < 0,01$) ont été observées entre le pré et le post-traitement pour l'activité générale, l'humeur, le travail et les activités récréatives. D'autres diminutions significatives ($p < 0,05$) ont aussi été observées pour le sommeil, le goût de vivre et les activités sociales.

Aucune différence significative en le pré et le post n'a été observée pour la capacité à marcher, les relations avec les autres et les soins personnels.

La deuxième hypothèse voulait que l'intervention engendre une réduction significative des symptômes anxiodépressifs (voir Tableau 2). Les résultats montrent que les symptômes anxiodépressifs, mesurés par le HADS, ont diminué significativement entre le pré et le post test. Lorsque les échelles anxiété et dépression sont analysées séparément, il est possible de constater que le programme a mené à une diminution significative pour l'anxiété entre le pré-traitement ($M = 11,17$; $ÉT = 4,75$) et le post-traitement ($M = 10,17$; $ÉT = 4,87$) : $t(65) = 2,12$, $p < 0,05$. Les symptômes dépressifs ont aussi diminué significativement entre le pré-traitement ($M = 12,39$; $ÉT = 4,16$) et le post-traitement ($M = 10,88$; $ÉT = 3,95$) : $t(60) = 3,42$, $p < 0,01$.

La troisième hypothèse voulait que la dramatisation de la douleur diminue suite à l'intervention. Les résultats pour la dramatisation de la douleur (PCS) indiquent que la moyenne au questionnaire au pré-traitement ($M = 32,27$; $ÉT = 9,69$) diffère significativement que la moyenne au post-traitement ($M = 27,63$; $ÉT = 9,97$) : $t(49) = 3,73$, $p < 0,01$.

Les tailles d'effet, définies comme la proportion de variance de la variable testée expliquée par la variable indépendante, permettent d'apprécier l'importance de la différence de moyennes et ont été calculées avec les éta-carré partiels [28]. Les tailles

d'effet des variables à l'étude sont présentées au Tableau 3. En résumé, les tailles d'effet sont faibles pour la variable de l'anxiété et de modérées à large pour les variables : incapacité reliée à la douleur, dépression et dramatisation.

La quatrième hypothèse voulait que les participants soient satisfaits de l'intervention. Le Tableau 4 présente les résultats quant à la satisfaction du programme selon les questions présentées aux participants. Les participants devaient répondre sur une échelle allant de « pas du tout » à « extrêmement ». Cette mesure de satisfaction a été analysée à l'aide d'analyses descriptives ($N = 69$). En somme, les participants étaient satisfaits du programme (58 % ont répondu beaucoup et 21% extrêmement) et considéraient que le programme a contribué (51 % beaucoup et 13 % extrêmement) à améliorer leurs connaissances et leur gestion de la DC.

Discussion

Cette étude visait à évaluer l'efficacité et la satisfaction d'un programme interdisciplinaire et psychoéducatif bref basé sur la TCC et l'ACT. À la fin du programme d'intervention, il est possible de constater une amélioration sur toutes les variables à l'étude, soit une diminution de l'incapacité reliée à la douleur, des symptômes anxiodépressifs ainsi que de la dramatisation de la douleur. De plus, la grande majorité des participants se sont déclarés satisfaits de l'intervention. À partir des données préliminaires recueillies et de la littérature actuelle, l'utilisation de programmes

interdisciplinaires est recommandée et semble une bonne option pour les patients souffrant de DC [5].

Dans un premier temps, concernant l'incapacité reliée à la douleur qui a diminué significativement, les résultats de l'étude sont comparables à d'autres études qui montrent que les participants aux programmes multidisciplinaires ou interdisciplinaires de groupe présentent des améliorations concernant l'incapacité reliée à la douleur [16, 29]. Nos résultats se comparent à l'étude de Dysvik [30] qui utilise le BPI pour mesurer l'interférence des activités dues à la douleur (incapacité) dans un contexte similaire de programme multidisciplinaire. Dysvik et ses collaborateurs [30] rapportent que leur programme de huit semaines basé sur la TCC peut améliorer la qualité de vie et réduire significativement l'interférence liée à la douleur comparativement à des patients sur la liste d'attente. Cela indique que les interventions multi/interdisciplinaires semblent avoir un effet positif sur l'incapacité reliée à la douleur.

Dans un deuxième temps, l'intervention a été associée à une réduction des symptômes dépressifs et anxieux des participants avec une DC, ce qui correspond à l'hypothèse formulée. Les résultats obtenus pour ces variables dans cette étude sont similaires avec ceux trouvés dans d'autres études [16, 31,32]. En effet, dans une étude similaire à la nôtre de Mead [33], utilisant aussi le HADS comme instrument de mesure, l'humeur s'est significativement améliorée à la suite d'un traitement multidisciplinaire de quatre semaines basé sur la TCC. Dans leur étude, Luciano et ses collaborateurs [29]

rapportent aussi des améliorations significatives pour l'anxiété et la dépression après un programme de groupe basé sur l'ACT pour la fibromyalgie, comparativement au traitement pharmacologique et aux participants sur la liste d'attente. Les tailles d'effet de l'étude de Luciano et son équipe sont similaires à l'étude actuelle pour la variable anxiété (faible à modérée). Toutefois, elles diffèrent pour la dépression. Les tailles d'effet sont de modérées à larges dans notre étude, alors qu'elles sont modérées dans celle de Luciano. Cela renforce donc l'importance d'étudier l'impact des interventions sur les symptômes anxieux et dépressifs pour bien les comprendre.

Dans un troisième temps, il était postulé que le processus de dramatisation de la douleur diminuerait significativement après le traitement. Les résultats obtenus montrent que l'intervention est reliée à une réduction de la dramatisation. La dramatisation présente une taille d'effet forte dans l'étude alors qu'elles sont plutôt modérées dans la littérature [29]. La dramatisation semble aussi s'améliorer dans les études avec un devis similaire utilisant le PCS comme mesure. En effet, dans un programme interdisciplinaire de quatre semaines (sans groupe contrôle) visant à augmenter le fonctionnement quotidien, les chercheurs ont aussi trouvé une diminution de la dramatisation au post-traitement et au suivi [34]. Il semblerait donc que certaines interventions brèves peuvent avoir un effet significatif sur la dramatisation.

Finalement, il était attendu que les participants soient satisfaits du programme. Les résultats montrent qu'à la fin de l'intervention, les participants semblaient avoir appris

de nouvelles informations sur les facteurs de la DC. Les deux tiers des participants ont répondu que l'intervention a convenu à leurs besoins et plus de la moitié ont répondu qu'elle les avait aidés à mieux gérer leur DC. Les participants étaient en majorité satisfaits du traitement, ce qui est en cohérence avec la littérature pour les traitements de DC [36]. Cependant, il n'y a pas de consensus sur le rôle véritable de la satisfaction comme prédicteur de la santé et des comportements des patients ou de ses effets sur le fonctionnement émotionnel et le sommeil [36, 37]. La plupart des études ont aussi été réalisées à la suite de traitements médicaux et peu d'études ont évalué la satisfaction à la suite d'un traitement multidisciplinaire ou psychologique. La revue systématique des écrits qualitatifs et quantitatifs sur les attentes des patients envers les traitements pour la douleur au dos de Verbeek et ses collaborateurs [38] montre que la satisfaction envers le traitement est un déterminant important de la santé des patients. Le fait d'obtenir des réponses et de l'information à leurs questions, de se sentir cru et validé dans leur douleur, de participer activement aux prises de décisions reliées à leur douleur et de trouver que le traitement les a aidés dans leurs activités quotidiennes, semble avoir plus d'impact sur les autres variables et sur leurs comportements futurs [37]. Cela renforce donc le fait que cette variable mérite d'être évaluée de manière constante dans les prochaines études.

L'interprétation des résultats doit prendre en considération certaines limites dans l'étude. Comme l'étude fait partie d'un projet pilote, elle ne comporte pas de groupe contrôle, ce qui ne permet pas de comparer les données recueillies à une autre modalité.

Il est essentiel à l'avenir que l'évaluation de l'intervention inclut un groupe contrôle, par exemple avec les gens sur la liste d'attente et une répartition aléatoire entre les deux groupes. Cela ne permet pas, en ce moment, d'établir des liens de causalité et d'attribuer les gains thérapeutiques à la participation à l'intervention. De plus, la possibilité de généralisation est limitée dû à l'échantillon qui est composé de patients vus en troisième ligne de traitement, donc en soins surspécialisés. Ces patients seraient enclins à des pensées catastrophiques envers la douleur, donc à une surestimation de la perception douloureuse comparativement à ceux vus en première ligne de traitement [39]. Le manque de mesures de suivi ne permet pas d'évaluer l'évolution dans le temps des variables à l'étude. L'utilisation de questionnaires autorapportés représente également une limite de cette étude, car les réponses peuvent être influencées par la désirabilité sociale. Finalement, plusieurs techniques d'intervention (TCC, ACT, psychoéducation) sont utilisées à travers le programme et les données actuelles ne permettent pas de statuer sur l'efficacité de chacune des interventions sur les variables à l'étude et d'évaluer les processus actifs dans les interventions. Pour le futur, il serait intéressant d'étudier les médiateurs au changement à la suite d'interventions ou de réaliser des études de démantèlement afin de mieux comprendre le rôle de chacune des composantes du programme (p.ex. activation, travail sur les pensées). Enfin, nos analyses ont permis d'évaluer si l'intervention était associée à des changements statistiquement significatifs en plus de pouvoir apprécier les tailles d'effet. Pour le futur, tel que recommandé par l'IMPACT [20], il s'avère important d'évaluer si l'intervention engendre des changements cliniquement significatifs, c'est-à-dire de rapporter à quel point

l'intervention est efficace et permet de percevoir des changements dans le quotidien des patients.

Malgré ces limites, la présente étude pilote s'intéresse aux pratiques cliniques actuelles et présente des résultats prometteurs sur une intervention brève axée sur la gestion de la DC qui peut amener des bénéfices chez les patients. L'étude a permis d'évaluer une intervention prometteuse pour la gestion de la DC qui peut être utilisée dans différents milieux hospitaliers et qui peut être utilisée parallèlement aux investigations médicales. De plus, les participants se sont avérés satisfaits suite au programme et considèrent que celui-ci peut les aider. L'intervention est avantageuse, car elle est brève et pourrait présenter un rapport coût-bénéfice profitable pour les centres hospitaliers. Les résultats significatifs montrent qu'il y a des données pertinentes pour supporter les interventions interdisciplinaires brèves et que cela mérite d'être étudié plus en détail. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés comme un guide pour les recherches futures afin d'implanter des interventions brèves dans les milieux médicaux, et ce, potentiellement plus tôt dans l'intervention médicale.

En conclusion, la présente étude démontre que l'intervention « Mieux gérer la douleur au quotidien » pourrait être bénéfique pour la gestion des composantes psychologiques associées à la DC. L'étude examine un programme interdisciplinaire bref qui intègre des éléments de plusieurs approches comme l'ACT, la TCC et la psychoéducation. Il semble donc nécessaire de conduire en essai aléatoire des

interventions brèves avec des groupes contrôle pour évaluer l'impact de ces interventions sur la qualité de vie.

Références

- [1] Choiniere M, Dion D, Peng P, et al (2010) The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anaesthesia* 57(6):539–548
- [2] Bair M J, Robinson R L, Katon W, Kroenke, K (2003) Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med* 163:2433–2445
<http://doi.org/10.1007/s12630-010-9305-5>
- [3] Kroenke K, Outcalt S, Krebs E, et al (2013) Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry* 35(4):359–65
<http://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.03.020>
- [4] Chou R, Loeser J D, Owens D K, et al (2009) Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: An evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine* 34(10):1066–1077
- [5] Gatchel R J, McGeary D D, McGeary C A, Lippe B (2014) Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *The American Psychologist* 69(2):119–30. <http://doi.org/10.1037/a0035514>
- [6] Luk K D K, Wan T W M, Wong Y W, et al (2010) A multidisciplinary rehabilitation programme for patients with chronic low back pain: a prospective study 18(2):131–138
- [7] Pincus T, McCracken L M (2013) Psychological factors and treatment opportunities in low back pain. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology* 27(5):625–35. <http://doi.org/10.1016/j.berh.2013.09.010>
- [8] Williams A C D, Eccleston C, Morley S (2012) Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review). *The Cochrane Collaboration* (2)
- [9] A-Tjak J, Davis M, Morina N, et al (2015) A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84(1)
- [10] Becker S (2014) The effects of acceptance- and mindfulness- based interventions on chronic pain: A systematic review. *University of Twente*
- [11] APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist* 61:271–285
- [12] Deccache A, Doumont D, Berrewaerts J, Deccache C (2011) Éducation Du Patient Et Douleur Chronique : Une Approche Sociopsyoéducative Comme Complément Des Stratégies Multidisciplinaires De Soins. *Douleur et Analgésie* 24(1):9–17. <http://doi.org/10.1007/s11724-011-0230-3>

- [13] Gatchel R J, Okifuji A (2006) Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain* 7:779–793
- [14] Veehof M M, Trompetter H R, Bohlmeijer E T, Schreurs K M G (2016) Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy* 45(1):5–31. <http://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>
- [15] Knoerl R, Lavoie Smith E M, Weisberg J (2015) Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research* 38(5):596–28. <http://doi.org/10.1177/0193945915615869>
- [16] Sturgeon J A (2014) Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management* 7:115–124 <http://doi.org/10.2147/PRBM.S44762>
- [17] Sullivan M J L, Bishop S R, Pivik J (1995) The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment* 7(4):524–532
- [18] Moseley G L, Butler D S (2015) Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *Journal of Pain* 16(9):807–813 <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>
- [19] Flor H, Fydrich T, Turk D (1992) Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain* 49:221–230
- [20] Dworkin R H, Turk D C, Wyrwich K W, et al (2008) Interpreting the Clinical Importance of Treatment Outcomes in Chronic Pain Clinical Trials: IMMPACT Recommendations. *The Journal of Pain* 9(2):105–121 <http://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.09.005>
- [21] Cleeland C S, Ryan K M (1994) Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory. *Ann Acad Med Singapore* 23(1):129–138
- [22] Zigmond A S, Snaith R P (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica* 67(6):361–370
- [23] Friedman S, Samelian J C, Lancreno S, Even C (2001) Three-dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large French primary care population suffering from major depression. *Psychiatry Res.* 104(3):247–257
- [24] Bjelland I, Dahl A A, Haug T T, Neckelmann D (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of psychosomatic research* 52:69 – 77
- [25] French D J, Noël M, Vigneau F, et al (2005) L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle Pain Catastrophizing Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement* 37(3):181–192. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087255>
- [26] Van Damme S, Crombez G, Vlaeyen J, et al (2000) De pain catastrophizing scale: Psychometrische karakteristieken en normering. *Gedragstherapie* 33:209–220
- [27] Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R (2011) The prevalence of chronic pain in Canada. *Research Management* 16(6):445–450
- [28] Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum

- [29] Luciano J V, Guallar J A, Aguado J, et al (2014) Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain* 155(4):693–702
<http://doi.org/10.1016/j.pain.2013.12.029>
- [30] Dysvik E, Kvaloy J, Stokkeland R, Natvig G (2010) The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain on pain perceptions, health-related quality of life and stages of change—a non-randomized controlled study. *Int J Nurs Stud* 47:826–835
- [31] Bourgault P, Lacasse A, Marchand S, et al (2015) Multicomponent Interdisciplinary Group Intervention for Self-Management of Fibromyalgia: A Mixed-Methods Randomized Controlled Trial. *Plos One*, 10(5):e0126324.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0126324>
- [32] Vowles K E, Witkiewitz K, Sowden G, Ashworth J (2014) Acceptance and commitment therapy for chronic pain: Evidence of mediation and clinically significant change following an abbreviated interdisciplinary program of rehabilitation. *Journal of Pain* 15(1):101–113
<http://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.002>
- [33] Mead K, Theadom A, Byron K, Dupont S (2007) Pilot study of a 4-week Pain Coping Strategies (PCS) programme for the chronic pain patient. *Disability and Rehabilitation* 29(3):199–203. <http://doi.org/10.1080/09638280600756117>
- [34] Keogh E, McCracken L M, Eccleston C (2005) Do men and women differ in their response to interdisciplinary chronic pain management? *Pain* 114(1-2):37–46.
<http://doi.org/10.1016/j.pain.2004.12.009>
- [35] Hirsh A D (2004) Patient satisfaction with treatment for chronic pain: predictors and relationship to compliance (Master's thesis, University of Florida, Florida, United States). Retiré de http://etd.fcla.edu/UF/UFE0004222/hirsh_a.pdf
- [36] Dworkin R H, Jensen M P, Gould E, et al (2011) Treatment satisfaction in osteoarthritis and chronic low back pain: The role of pain, physical and emotional functioning, sleep, and adverse events. *Journal of Pain* 12(4):416–424
<http://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.07.009>
- [37] McCracken L M, Evon D, Karapas E T (2002) Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service: Preliminary prospective results. *European Journal of Pain* 6(5):387–393. [http://doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00042-3](http://doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00042-3)
- [38] Verbeek J, Sengers M, Riemens L, Haafkens J (2004) Patient expectations of treatment for back pain : a systematic review of qualitative and quantitative studies Patient Expectations of Treatment for Back Pain. *Spine Journal* 29(20):2309–2318
- [39] Fink-Miller E L, Long D M, Gross R T (2014) Comparing Chronic Pain Treatment Seekers in Primary Care versus Tertiary Care Settings. *J Am Board Fam Med* 27(5):594–601. <http://doi.org/10.1530/ERC-14-0411>. Persistent

Tableaux

Tableau 1
Données sociodémographiques

Variabiles	Catégories	Fréquence	Pourcentage (%)
Genre (<i>n</i> = 88)	Femme	56	63,6 *
	Homme	32	36,4
Âge (<i>n</i> = 86)	20-30 ans	3	3,6
	31-40 ans	10	11,7
	41-50 ans	15	17,3
	51-60 ans	42	49 *
	61-70 ans	13	15,3
	71-80 ans	3	3,5
Travail (<i>n</i> = 78)	Temps plein	6	7,7
	Temps partiel	13	3,8
	Sans emploi	16	20,5
	Invalidité	42	53,8 *
	Retraite	11	14,1
	Chez les parents	1	2,9
Prise médication (<i>n</i> = 82)	Oui	82	100 *
	Non	0	0
Années douleur (<i>n</i> = 82)	1 à 2 ans	2	2,4
	2 à 3 ans	11	13,4
	3 à 5 ans	21	25,6
	5 à 7 ans	17	20,7
	7 ans et plus	31	37,8
Diagnostic (<i>n</i> = 82)	Arthrite	3	3,7
	Bas du corps ²	5	6,1
	Douleur au cou	8	9,8
	Douleur au dos	33	40,2 *
	Fibromyalgie	15	18,3
	Haut du corps ¹	8	9,8
	Maux de tête	3	3,7
	Neuropathique	7	8,5

* Variable la plus fréquente (mode) ; ¹ Bras, épaules, poignets ; ² Hanches, genoux, jambes, chevilles, pieds

Tableau 2

Tableau comparatif des variables d'incapacité reliée à la douleur, d'anxiété, de dépression et de dramatisation

Variables	Avant le groupe		Après le groupe		t
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type	
Incapacité BPI – score total	61,23	18,75	55,58	20,22	3,23 **
HADS - anxiété	11,17	4,75	10,17	4,87	2,12 *
HADS - Dépression	12,39	4,16	10,88	3,95	3,42 **
Dramatisation	32,27	9,69	27,63	9,97	3,73 **

Légende : différence significative ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tableau 3

Tailles d'effet des variables utilisant de Éta-carré

Variables	Êta-carré (η^2)
Incapacité générale reliée à la douleur (BPI)	0,15
Anxiété (HADS-A)	0,06
Dépression (HADS-D)	0,16
Dramatisation (PCS)	0,22

*êta-carré partiel : petite taille, 0,01 ; taille modérée, 0,06 ; taille large, 0,14 (Cohen, 1988).

Tableau 4
Distribution des fréquences et pourcentages du questionnaire de satisfaction

Questions	Pas du tout	Légèrement	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1 : dans quel niveau se situe l'intensité moyenne de votre douleur? (n = 69)	0	2 (2,9 %)	14 (20,3 %)	43 (62,3 %)	10 (14,5 %)
2 : dans quelle mesure ce groupe vous a permis de comprendre les facteurs importants dans le phénomène de la douleur et de sa gestion? (n =69)	1 (1,4%)	6 (8,7%)	18 (26,1 %)	35 (50,7 %)	9 (13 %)
3 : dans quelle mesure ce groupe d'information a répondu à vos besoins? (n =67)	1 (1,5 %)	6 (9 %)	15 (22,4 %)	34 (50,7 %)	11 (16,4 %)
4 : dans quelle mesure croyez-vous que cet atelier va vous permettre de mettre en place de nouvelles stratégies de gestion? (n = 67)	2 (3 %)	5 (7,5 %)	25 (37,3 %)	30 (44,8 %)	5 (7,5 %)
5 : dans quelle mesure croyez-vous que ce groupe va vous permettre de mieux gérer votre douleur ? (n = 69)	0	4 (5,8 %)	5 (7,2 %)	40 (58 %)	20 (29 %)

Conclusion

Cet essai a permis de constater, à partir de littérature actuelle, que la DC est prévalente dans la population et est associée à de multiples conséquences. Certains facteurs psychologiques peuvent contribuer au développement de la douleur et de trouble psychologique. La douleur a aussi des répercussions sur le système de santé actuel. Les coûts engendrés en soins médicaux, en taux d'absentéisme au travail, en perte de productivité sont de plus en plus importants (Choinière et al., 2010 ; Philips & Schopflocher, 2008). Comme trois aînés sur quatre rapportent souffrir de DC, les coûts risquent aussi d'augmenter dans les prochaines années avec la population vieillissante (Schopflocher et al., 2011). Il importe donc d'offrir aux personnes souffrant de DC des interventions efficaces et dans des délais raisonnables. Des interventions brèves, de groupe et en interdisciplinarité permettent l'accessibilité au traitement à un plus grand nombre de patients, ce qui peut diminuer les listes d'attente et réduire les coûts pour le système de santé (Gatchel et al., 2014). La littérature actuelle nous permet aussi de constater que plusieurs interventions sont efficaces afin d'aider le patient à mieux gérer sa douleur. Toutefois, certaines limitations ont été soulevées concernant le manque d'études sur les approches intégratives de courte durée. Cet essai visait donc à évaluer l'efficacité et la satisfaction d'un groupe bref et interdisciplinaire, déjà mis en place au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), afin de répondre à cette limitation.

L'étude présentée dans cet essai avait pour but de répondre à quatre hypothèses. Il était prédit que l'intervention amènerait une réduction significative de l'incapacité reliée à la douleur ainsi que des symptômes anxiodépressifs. Les hypothèses ont été corroborées puisque les résultats ont montré que cette intervention est associée à une réduction des symptômes anxieux et dépressifs ainsi qu'à une réduction de l'incapacité reliée à la douleur. Il était aussi prédit que le processus de dramatisation de la douleur aurait diminué suite à l'intervention. L'hypothèse a été corroborée puisque la variable a significativement diminué suite au traitement. Cela laisse croire que les personnes ayant participé au groupe présenteraient moins d'incapacité, de symptômes anxiodépressifs et de dramatisation à la fin de toutes les séances de groupe. Enfin, il était prédit que les participants seraient satisfaits du traitement reçu suite à l'intervention. Les résultats sont encore une fois cohérents avec l'hypothèse formulée puisqu'ils montrent que les participants ont en moyenne répondu qu'ils étaient satisfaits du programme reçu et que cela les a aidés dans la suite de leur traitement en DC. Peu d'études explorent la variable de la satisfaction envers le programme pour déterminer l'efficacité d'une intervention psychologique dans le traitement de la DC. Même si cette variable peut être subjective, elle peut néanmoins refléter la qualité des soins reçus et peut prédire certains comportements des patients (McCracken, Evon, & Karapas, 2002). Elle est donc importante à prendre en considération dans l'orientation de futurs traitements. Dans la présente étude, la satisfaction a été évaluée à une sixième rencontre, en individuel. Les participants ont en majorité été satisfaits du programme, ce qui peut expliquer leur engagement dans l'intervention et ainsi la réduction des autres variables à l'étude, tels

que les symptômes dépressifs. D'autres études seraient nécessaires sur les interventions brèves de groupe afin d'étudier le lien entre la satisfaction envers le programme et les retombées sur la gestion de la DC et les variables associées.

La DC est une problématique complexe qui laisse aux chercheurs encore beaucoup de questions sur l'efficacité de ses traitements. Il est donc nécessaire de poursuivre les études sur l'efficacité des traitements actuellement proposés à la clientèle souffrant de DC. Pour le futur, ces études devraient prendre en considération les recommandations fournies par l'IMMPACT (Gewandter et al., 2015). Il serait intéressant de développer d'autres essais contrôlés et randomisés qui s'intéressent à l'efficacité de différentes approches. En ce sens, il serait nécessaire d'avoir des échantillons de participants plus grands afin de pouvoir mieux juger des retombées. Les études devraient aussi contenir des groupes contrôles qui étudient d'autres approches, par exemple comparer l'ACT avec la TCC traditionnelle ou la psychoéducation, en plus d'un groupe sur la liste d'attente recevant l'intervention par la suite (Dionne, Pichette-Leclerc, Veillette, Ethier, & Martel, 2016; Schrooten, Vlaeyen, & Morley, 2012). De plus, les clientèles en DC sont très hétérogènes de par leur diagnostic, leur pronostic, leurs limitations et leurs caractéristiques psychologiques. Il serait donc important de mettre l'accent sur des essais aléatoires qui évaluent quel type de traitement pourrait être efficace pour quel type de douleur ou de limitations (Sturgeon, 2014).

Finalement, l'accessibilité aux soins et aux traitements en DC reste encore un aspect important à prendre en considération dans le futur. La présente étude présente un groupe bref pour répondre à la longueur des listes d'attente et les coûts associés au traitement, mais il serait nécessaire de développer d'autres solutions possibles. Il est aussi impératif de considérer les gens qui sont en région éloignée qui ont peu accès aux services de soins surspécialisés et qui ne peuvent pas se déplacer sur une base régulière vers les grands centres pour avoir accès à un traitement. Les nouveaux traitements autoadministrés par le web ou via des applications mobiles pourraient répondre à ces problèmes en proposant aux patients le soutien d'un thérapeute à distance. Cette approche s'est montrée efficace avec certaines problématiques, mais peu de recherches ont été réalisées en lien avec la DC (Dionne et al., 2016). Il serait aussi nécessaire de comparer ce format à une modalité en face à face.

En conclusion, cet essai permet un apport scientifique pour la communauté plus large de cliniciens et chercheurs dans le domaine de l'intervention auprès de patients souffrant de DC en présentant une intervention brève et multidisciplinaire qui semble efficace pour diminuer l'incapacité reliée à la douleur, les symptômes anxiodépressifs et la dramatisation. D'autres interventions similaires à celle présentée dans l'étude sont nécessaires et se doivent d'être évaluées et répliquées dans les milieux hospitaliers pour maximiser les bénéfices auprès d'un plus grand nombre de patients.

Références

- Aceves-Avila, F.J., Ferrari, R., & Ramos-Remus, C. (2004). New insights into culture driven disorders. *Best Practice and Research : Clinical Rheumatology*, 18, 155–71. doi:10.1016/j.berh.2004.02.004.
- Adams, N., Poole, H., & Richardson, C. (2006). Psychological approaches to chronic pain management: part 1. *Journal of clinical nursing*, 15, 290–300.
- Akerstrom, M.L., Grimby-Ekman, A., & Lundberg, M. (2016). Work ability is influenced by kinesiphobie among patients with persistent pain. *Physiother Theory Pract*, 1-10.
- Ambler, N., Williams, A. C., Hill, P., Gunary, R., & Cratchley, G. (2001). Sexual difficulties of chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 17 (2), 138–145.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Amital, D., Fostick, L., Polliack, M. L., Segev, S., Zohar, J., Rubinow, A., & Amital, H. (2006). Posttraumatic stress disorder, tenderness, and fibromyalgia syndrome: are they different entities? *Psychosom Res*, 61 (5), 663–669. doi:10.1016/j.jpsychores.2006.07.003
- Asmundson, G.J.G., & Wright, K.D. (2004). Biopsychosocial approaches to pain. Dans T. Hadjistavropoulos, & K.D. Craig (Éds), *Pain : Psychological perspectives*. New Jersey : Erlbaum.
- Attal, N., Lanteri-Minet, M., Laurent, B., Fermanian, J., & Bouhassira, D. (2011). The specific disease burden of neuropathic pain: Results of a French nationwide survey. *Pain*, 152, 2836–2843.
- A-Tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smits, J., & Emmelkamp, P. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84 (1). doi:10.1159/000365764
- Bailey, K. M., Carleton, R., Vlaeyen, J., & Asmundson, G. J. (2010). Treatments addressing pain-related fear and anxiety in patients with chronic musculoskeletal pain: a preliminary review. *Cogn Behav Ther*, 39, 46–63. doi: 10.1080/16506070902980711

- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Arch Intern Med*, 163, 2433–2445. doi:10.1001/archinte.163.20.2433
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84, 191–215.
- Barlow, J. (2010). Le sentiment d'efficacité personnelle dans le contexte de la réadaptation. *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/fr/article/35>
- Becker, S. (2014). *The effects of acceptance- and mindfulness- based interventions on chronic pain : A systematic review* (Unpublished doctoral dissertation). University of Twente. Retrieved from [http://essay.utwente.nl/64856/1/Becker,%20S.%20-%20s1006819%20\(verslag\).pdf](http://essay.utwente.nl/64856/1/Becker,%20S.%20-%20s1006819%20(verslag).pdf)
- Beesdo, K., Hoyer, J., Jacobi, F., Low, N. C., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2009). Association between generalized anxiety levels and pain in a community sample: evidence for diagnostic specificity. *J Anxiety Disord*, 23, 684–693. doi:10.1016/j.janxdis.2009.02.007
- Bizier, C., Fawcett, G., & Gilbert, S. (2016). *Pain-related disabilities among Canadians aged 15 years and older, 2012* (Publication n 89-654-X2016007). Reperé sur le site de Statistiques Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2016007-eng.htm>
- Blyth, F., March, L., Brnabic, A., Jorm, L., Williamson, M., & Cousins, M. (2011). Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain*, 89, 127–134. doi:10.1016/S0304-3959(00)00355-9
- Bonnot, O., Anderson, G., Cohen, D., Willer, J. C., & Tordjman, S. (2009). Are patients with schizophrenia insensitive to pain? A reconsideration of the question. *Clin J Pain*, 25, 244–252. doi:10.1097/AJP.0b013e318192be97
- Bonomi, A. E., Shiklar, R., & Legro, M. W. (2000). Quality-of-life assessment in acute, chronic, and cancer pain: a pharmacist's guide. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 40 (3), 402–416. [http://dx.doi.org/10.1016/S1086-5802\(16\)31089-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1086-5802(16)31089-0)
- Boulanger, A., Clark, A. J., Squire, P., Cui, E., & Horbay, G. L. a. (2007). Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society = Journal de La Société Canadienne Pour Le Traitement de La Douleur*, 12 (1), 39–47. Retrieved from

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2670724&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain (London, England)*, 10 (4), 287–333. doi:10.1016/j.ejpain.2005.06.009
- Brox, J., Storheim, K., Grotle, M., Tveito, T., Indahl, A., & Eriksen, H. (2008). Systematic review of back schools, brief education and fear-avoidance training for chronic low back pain. *Spine Journal*, 8, 948–958. doi:10.1016/j.spinee.2007.07.389
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., et al. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 307–315.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26 (1), 17–31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life*. New York: Russell Sage.
- Chapman, S.L., Jamison, R.N., Sanders, S.H., Lyman, D.R., & Lynch, T. (200). Perceived treatment helpfulness and cost in chronic pain rehabilitation. *Clinical Journal of Pain*, 16, 169–177.
- Chiros, C., & O'Brien, W. (2011). Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: An evaluation of interrelationships using daily diary methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 34, 307–320. doi:10.1007/s10865-011-9313-0
- Choiniere, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., ... Ware, M. (2010). The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anaesthesia*, 57 (6), 539–548. doi:10.1007/s12630-010-9305-5
- Chou, R., & Huffman, L.H. (2007). Nonpharmacological Therapies for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American college of Physicians Clinical Practice Guideline. *Annals of Internal Medicine*, 147, 492-504.

- Chou, R., Loeser, J. D., Owens, D. K., Rosenquist, R. W., Atlas, S. J., Baisden, J., & Panel, A. P. S. L. B. P. G. (2009). Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: An evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine*, 34 (10), 1066–1077. doi: 10.1097/BRS.0b013e3181a1390d
- Costa, L. D. C. M., Maher, C. G., McAuley, J. H., Hancock, M. J., & Smeets, R. J. E. M. (2011). Self-efficacy is more important than fear of movement in mediating the relationship between pain and disability in chronic low back pain. *European Journal of Pain (London, England)*, 15 (2), 213–9. doi:10.1016/j.ejpain.2010.06.014
- Craner, J.R., Sperry, J.A., Koball, A.M., et al. (2017). Unique contributions of Acceptance and Catastrophizing on Chronic Pain Adaptation. *Int.J. Behav. Med*, 1-10. doi:10.1007/s12529-017-9646-3
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W., & Karoly, P. (2012). Fear-avoidance model of chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 28, 475–483. doi:10.1097/AJP.0b013e3182385392.
- Cvijetic, S., Bobic, J., Grazio, S., Uremovic, M., Nemcic, T., & Krapac, L. (2013). Quality of Life, Personality and Use of Pain Medication in Patients with Chronic Back Pain. *Applied Research in Quality of Life*, 9 (2), 401–411. doi: 10.1007/s11482-013-9219-9
- Darvis, S., Quintner, J., Parkitny, L., Knight, P., Forrester, E. et al. (2011). Preclinic group education sessions reduce waiting times and costs at public pain medicine units. *Pain Medicine*, 12(1), 59-71. doi:10.1111/J.1526-4637.2010.01001
- de Boer, M. J., Steinhagen, H. E., Versteegen, G. J., Struys, M. M. R. F., & Sanderman, R. (2014). Mindfulness, acceptance and catastrophizing in chronic pain. *PloS One*, 9 (1), e87445. doi:10.1371/journal.pone.0087445
- Deccache, A., Doumont, D., Berrewaerts, J., & Deccache, C. (2011). Éducation Du Patient Et Douleur Chronique: Une Approche Sociopsychoséducatrice Comme Complément Des Stratégies Multidisciplinaires De Soins. *Douleur et Analgésie*, 24 (1), 9–17. doi:10.1007/s11724-011-0230-3
- Demmelmaier, I., Asenlöf, P., Lindberg, P., & Denison, E. (2010). Biopsychosocial predictors of pain, disability, health care consumption, and sick leave in first-episode and long-term back pain: a longitudinal study in the general population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17 (2), 79–89. doi:10.1007/s12529-009-9055-3

- Dersh, J., Gatchel, R. J., Mayer, T., Polatin, P., & Temple, O. (2006). Prevalence of Psychiatric Disorder in Patients with Chronic Disabling Occupational Spinal Disorders. *Spine*, *31* (10), 1156–1162. doi:10.1097/01.brs.0000216441.83135.6f
- Dersh, J., Polatin, P., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: research findings and theoretical considerations. *Psychosom Med*, *64*, 773–786.
- Dionne, F., Pichette-Leclerc, S., Veillette, J., Ethier, C., & Martel, M-E (2016). Thérapie ACT et douleur chronique : État actuel des connaissances empiriques et perspective d'avenir. Dans S. Grégoire, L. Lachance et L. Richer, *La présence attentive (mindfulness) : État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Presses de l'Université du Québec.
- Dworkin, R.H., Turk, D.C., Wyrwich, K.W., Beaton, D., Cleeland, C.S., Farrar, J.T., Haythornthwaite, J.A., et al. (2008). Interpreting the clinical importance of treatment outcomes in chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Journal of Pain*, *9*, 105-121.
- Dysvik, E., Kvaloy, J., Stokkeland, R., & Natvig, G. (2010). The effectiveness of a multidisciplinary pain management programme managing chronic pain on pain perceptions, health-related quality of life and stages of change—a non-randomized controlled study. *Int J Nurs Stud*, *47*, 826–835. doi:10.1111/j.1440-172X.2004.00485.x
- Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, *87* (1), 144–52. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11460803>
- Eccleston, C., Williams, A. C., & Morley, S. (2009). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi:10.1002/14651858.CD007407.pub2
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *The American Psychologist*, *69* (2), 153–66. doi: 10.1037/a0035747
- Elander, J., Robinson, G., Mitchell, K., & Morris, J. (2009). An assessment of the relative influence of pain coping, negative thoughts about pain, and pain acceptance on health-related quality of life among people with hemophilia. *Pain*, *145*, 169–175. doi:10.1016/j.pain.2009.06.004
- Emery, P. C., Wilson, K. G., & Kowal, J. (2014). Major depressive disorder and sleep disturbance in patients with chronic pain. *Pain Research & Management: The*

Journal of the Canadian Pain Society/Journal de La Société Canadienne Pour Le Traitement de La Douleur, 19 (1), 35–41.

- Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & López-Marínez, A. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 33, 179–188. doi:10.1007/BF02879899
- Ezenwa, M. O., Molokie, R. E., Wilkie, D. J., et al. (2015). Perceived injustice predicts stress and pain in adults with sickle cell disease. *Pain Management Nursing*, 16(3), 294–306.
- Favre, C., & Cedraschi, C. (2003). La psychothérapie cognitive dans le traitement de la douleur chronique. *Médecine et Hygiène*, 61, 1358–1363.
- Fernandez, E., & Turk, D.C. (1995). The scope and significance of anger in the experience of chronic pain. *Pain*, 61, 165–175.
- Fishbain, D. A., Bruns, D., Disorbio, J. M., & Lewis, J. E. (2009). Risk for five forms of suicidality in acute pain patients and chronic pain patients vs pain-free community controls. *Pain Med*, 10, 1095–105. doi:10.1111/j.1526-4637.2009.00682.x
- Flor, H., Fydrich, T., & Turk, D. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers : A meta-analytic review. *Pain*, 49, 221–230.
- Fritz, J. M., George, S. Z., & Delitto, A. (2001). The role of fear-avoidance beliefs in acute low back pain: relationships with current and future disability and work status. *Pain*, 94, 7–15. doi:10.1016/S0304-3959(01)00333-5
- Ganzel, B.L., Morris, P.A., & Wethington, E. (2010). Allostasis and the human brain: integrating models of stress from the social and life sciences. *Psychol Rev*, 117, 134–174. doi:10.1037/a0017773
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *The American Psychologist*, 69 (2), 119–30. doi:10.1037/a0035514
- Gatchel, R. J., & Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain*, 7, 779–793.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future

- directions. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 581–624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581
- Gauthier, L., Rodin, G., Zimmermann, C., Warr, D., Moore, M., Shepherd, F., & Gagliese, L. (2009). Acceptance of pain: a study in patients with advanced cancer. *Pain*, 143, 147–154. doi:10.1016/j.pain.2009.02.009
- Gerrits, M.M.J.G., van Marwijk, H.W.J., van Oppen, P., van der Horst, H., & Penninx, B.W.J.H. (2015). Longitudinal association between pain, and depression and anxiety over four years. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 64-70. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.011
- Gewandter, J.S., Dworkin, R.H., Turk, D.C., Farrar, J.T., Fillingim, R.B., Gilron, I., Markman, J.D., et al. (2015). Research designs considerations for chronic pain prevention clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, 156, 1184-1197.
- Gilmour, H. (2015). Douleur chronique , limitation des activités et santé mentale florissante. Retrieved from Statistics Canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015001/article/14130-fra.pdf>
- Ginchereau, S., Bernier, F., Pelletier, I., & Trahan, E. (2014, avril). *Rôle du psychologue*. Affiche présentée au Colloque en douleur chronique, Québec, Canada. Affiche disponible à <https://www.douleurchroniquequebec.ca/professionnels/pratique/SiteAssets/Pages/Psycho/R%C3%B4le%20sp%C3%A9cifique%20du%20psy%20par%20milieu%20v2.pdf>
- Hall, A. M., Kamper, S. J., Maher, C. G., Latimer, J., Ferreira, M. L., & Nicholas, M. K. (2011). Symptoms of depression and stress mediate the effect of pain on disability. *Pain*, 152 (5), 1044–1051. doi:10.1016/j.pain.2011.01.014
- Hamilton, N., Karoly, P., & Zautra, A. (2005). Health goal cognition and adjustment in women with fibromyalgia. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (5), 455–466.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12 (4), 1-9.
- Hassett, A. L., Aquino, J. K., & Ilgen, M. A. (2014). The risk of suicide mortality in chronic pain patients. *Curr Pain Headache Rep.*, 18 (8), 436.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: The process and Practice of Mindful Change, 2e éd., New York : Guildford Press.

- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (1), 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Henry, J.L. (2008). The need for knowledge translation in chronic pain. *Pain Res Manag*, 13(6), 465-476.
- Hoffman, B. M., Papas, R. K., Chatkoff, D. K., & Kerns, R. D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology*, 26 (1), 1.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (5), 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1
- Holroyd, KA, Nash, JM, Pingel, JD, Cordingley, GE, & Jerome, A. (1991). A comparison of pharmacological (amitriptyline HCL) and nonpharmacological (cognitive-behavioral) therapies for chronic tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 387-393.
- Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: Understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*, 18 (8). doi:10.1007/s11916-014-0435-2
- Inoue, S., Taguchi, T., Yamashita, T., Nakamura, M., & Ushida, T. (2017). The prevalence and impact of chronic neuropathic pain on daily and social life: A nationwide study in a Japanese population. *European Journal of Pain*, 21(4), 727-737. doi: 10.1002/ejp.977
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an acceptance and commitment therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 26, 393–402. doi:10.1097/AJP.0b013e3181cf59ce
- Jordan, K. D., & Okifuji, A. (2011). Anxiety disorders: differential diagnosis and their relationship to chronic pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25 (3), 231–45. doi: 10.3109/15360288.2011.596922
- Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J. E. M., Ostelo, R. W. J. G., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 350 (feb18 5), h444–h444. doi:10.1136/bmj.h444

- Katz, J., Rosenbloom, B.N., Fashler, S. (2015). Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5 Somatic Symptom Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(4), 160-167. doi:10.1177/070674371506000402
- Keefe, F.J., Beaupre, P.M., Gil, K.M., Rumble, M.E., & Aspenes, A.K. (2002). Group therapy for patients with chronic pain. Dans D.C. Turk et R.J. Gatchel (Éds), *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook* (2e éd). New York : The Guildford Press.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R., Jamison, R.N., Caudill, M.A., & Haythornthwaite, J. (1997). Readiness to adopt a self-management approach to chronic pain: the Pain Stages of Change Questionnaire (PSOCQ). *Pain*, 72(1-2), 227-234.
- Kirmayer, L., Robbins, J., & Dworkind, M. (1993). Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry*, 150, 734-741.
- Knoerl, R., Lavoie Smith, E.M., Weisberg, J. (2016). Chronic pain and Cognitive behavioral therapy: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 38(5), 596 -628. doi: 10.1177/0193945915615869
- Kori, S. H., Miller, R. P., & Todd, D. D. (1990). Kinesiophobia: A new view of chronic pain behavior. *Pain Management, Jan/Feb*, 35-43.
- Koss, M. P., & Shiang, J. (1994). Research on brief therapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (4th ed., pp. 664-700). New York: Wiley.
- Kowal, J., Wilson, K. G., Geck, C. M., Henderson, P. R., & D'Eon, J. L. (2011). Changes in perceived pain severity following interdisciplinary treatment for chronic pain. *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society = Journal de La Société Canadienne Pour Le Traitement de La Douleur*, 16(6), 451-6. Retrieved from <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3298050&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Kratz, A., Davis, M., & Zautra, A. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Ann Behav Med*, 33 (3), 291-301. doi:10.1007/BF02879911
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Linzer, M., Hahn, S.R., deGruy, F.V., et al. (1994). Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med*, 3, 774-779.

- Lagger, G., Pataky, Z., & Golay, A. (2009). Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Rev Med Suisse*, 5, 688–690.
- Lamé, I. E., Peters, M. L., Vlaeyen, J. W. S., Kleef, M. V., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *European Journal of Pain*, 9, 15–24. doi:10.1016/j.ejpain.2004.02.006
- Large, R., New, F., Strong, J., & Unruh, A. (2002). Chronic pain and psychiatric problems. In J. Strong, A. Unruh, A. Wright, & G. Baxter (Eds.), *Pain : A textbook for therapist* (pp. 425–442). Toronto, Ont : Churchill.
- Laroche, F. (2013). Apports des thérapies comportementales et cognitives - Psychoéducation pour les patients douloureux chroniques. *Revue Du Rhumatisme Monographies*, 80 (3), 179–183. doi:10.1016/j.monrhu.2013.04.010
- Larsson, C., Hansson, E.E., Sundquist, K., & Jakobsson, U. (2016). Impact of pain characteristics and fear-avoidance beliefs on physical activity levels among older adults with chronic pain: a population-based, longitudinal study. *GeriatricsBMC series*, 16(50). doi:10.1186/s12877-016-0224-3
- Leo, R. J. (2007). *Clinical manual of pain management in psychiatry*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing.
- Leo, R. J., Pristach, C. A., & Streltzer, J. (2003). Incorporating pain management training into the psychiatric residency curriculum. *Acad. Psychiatr*, 27 (1), 1–11.
- Luciano, J. V, Guallar, J. A., Aguado, J., López-Del-Hoyo, Y., Olivan, B., Magallón, R., ... Garcia-Campayo, J. (2014). Effectiveness of group acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A 6-month randomized controlled trial (EFFIGACT study). *Pain*, 155 (4), 693–702. doi:10.1016/j.pain.2013.12.029
- Lüning Bergsten, C., Lundberg, M., Lindberg, P., & Elfving, B. (2012). Change in kinesiophobia and its relation to activity limitation after multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic back pain. *Disability and Rehabilitation*, 34 (10), 852–8. doi:10.3109/09638288.2011.624247
- Lynch, M.E., Campbell, F.A., Clark, A.J., et al. (2008). A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*, 136, 97–116.
- Marchand, S., Saravane, D., & Gaumond, I. (2013). *Santé mentale et douleur*. Sherbrooke, Qc : Springer.
- Martel, M.E., Dionne, F., & Whitney, S. (2017). The mediating role of pain acceptance in the relation between perceived injustice and chronic pain outcomes in a

- community sample. *Clinical Journal of Pain*, 33(6), 509-516. doi: 10.1097/AJP.0000000000000427.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118 (1-2), 164-9. doi: 10.1016/j.pain.2005.08.015
- McCracken, L. M., Evon, D., & Karapas, E. T. (2002). Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service: Preliminary prospective results. *European Journal of Pain*, 6 (5), 387-393. doi:10.1016/S1090-3801(02)00042-3
- McCracken, L. M., Klock, P. A., Mingay, D. J., Asbury, J. K., & Sinclair, D. M. (1997). Assessment of satisfaction with treatment for chronic pain. *Journal of Pain & symptom Management*, 14 (5), 292-299.
- McCracken, L. M., MacKichan, F., & Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11 (3), 314-322. doi:10.1016/j.ejpain.2006.05.004
- McCracken, L. M., & Turk, D. C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain. *Spine*, 27, 2564-2573. doi:10.1097/01.BRS.0000032130.45175.66
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2008). A prospective analysis of acceptance of pain and values-based action in patients with chronic pain. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27 (2), 215-20. doi: 10.1037/0278-6133.27.2.215
- McCracken, L.M., & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain : There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14, 170-175.
- Mead, K., Theadom, A., Byron, K., & Dupont, S. (2007). Pilot study of a 4-week Pain Coping Strategies (PCS) programme for the chronic pain patient. *Disability and Rehabilitation*, 29(3), 199-203. doi:10.1080/09638280600756117
- Melzack, R. (1996). Gate control theory: on the evolution of pain concepts. *Pain Forum*, 5(1), 128-138.
- Melzack, R., & Casey, K.L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. Dans K.D. Springfield (éd), *The Skin Senses* (pp.423-239). Illinois, US: C. C. Thomas.

- Melzack, R., & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science* 150(3699), 971-979
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic pain. Descriptions of Chronic Pain Syndrome and Definitions of pain terms*. Seattle: International Association Study of Pain.
- Miles, C.L., Pincus, T., Carnes, D., et al. (2011). Can we identify how programmes aimed at promoting self-management in musculoskeletal pain work and who benefits? A systematic review of subgroup analysis within RCTs. *European Journal of Pain* 15(8), 775.
- Miller, D. T. (2001). Disrespect and the experience of injustice. *Annu Rev Psychol*, 52, 527–553.
- Miller, L. R., & Cano, A. (2009). Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *Pain*, 10 (6), 619–627. doi:10.1016/j.jpain.2008.12.007
- Monestès, J. L., Vuille, P., & Serra, E. (2007). Thérapie de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement et douleur chronique. *Douleurs : Evaluation-Diagnostic-Traitement*, 82 (2), 73–79.
- Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80 (1-2), 1–13. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10204712>
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada- prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res. Manag*, 7 (4), 179–1184.
- Nicholas, M. K. (2015). Étendre l'accès des patients pour aider à la prise en charge de leur douleur chronique. *Pain : Clinical Updates*, 23 (1).
- Norlund, A., Ropponen, A., & Alexanderson, K. (2009). Multidisciplinary interventions: Review of studies of return to work after rehabilitation for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41, 115–121.
- O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : Une revue de travaux. [Depression and anxiety in chronic pain: A review.]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21 (4), 126–131.
- Oslund, S., Robinson, R. C., Clark, T. C., Garofalo, J. P., Behnk, P., Walker, B., & Noe, C. E. (2009). Long-term effectiveness of a comprehensive pain management

- program: Strengthening the case for interdisciplinary care. *Proceedings (Baylor University Medical Center)*, 22 (3), 211–214.
- Öst, L.-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 105–21. doi:10.1016/j.brat.2014.07.018
- Peng, P., Choiniere, M., Dion, D. et al. (2007). Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. *Canadian Journal of Anesthesia*, 54(12), 977–984.
- Pincus, T., & McCracken, L. M. (2013). Psychological factors and treatment opportunities in low back pain. *Best Practice & Research. Clinical Rheumatology*, 27 (5), 625–35. doi:10.1016/j.berh.2013.09.010
- Pinto-Meza, A., Fernández, A., Fullana, M.A., Haro, J.M., Palao, D., Luciano, J.V., & Serrano-Blanco, A. (2009). Impact of mental disorders and chronic physical conditions in health-related quality of life among primary care patients: results from an epidemiological study. *Qual Life Res.*, 18(8), 1011–1018. doi: 10.1007/s11136-009-9522-y
- Phillips, C.J., & Schopflocher, D. (2008). The Economics of Chronic Pain. Dans S. Rashiq, P. Taenzer, & D. Schopflocher (Éds), *Health Policy Perspectives on Chronic Pain*. Weinheim: Wiley Press.
- Potter, J.S., Prather, K., & Weiss, R.D. (2008). Physical pain and associated clinical characteristics in treatment-seeking patients in four substance use disorder treatment modalities. *Am J Addict*, 17, 121–125.
- Ramage-Morin, P. L., & Gilmour, H. (2010). Chronic pain at ages 12 to 44. *Health Reports*, 21(4), 53–61. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24097022>
- Reitsma, M. L., Tranmer, J. E., Buchanan, D. M., & Vandenkerkhof, E. G. (2012). Prévalence de la douleur chronique et des limitations fonctionnelles qui lui sont associées au Canada entre 1994 et 2008. *Anesthesiology*, 31 (1), 160–168.
- Roditi, D., & Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manag*, 4, 41–49. doi: 10.2147/PRBM.S15375
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *L'orientation Scolaire et Professionnelle*, 33(3).

- Ruiz, F. J. (2012). Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (3), 333–357.
- Salveti, M. D. G., Cobelo, A., Vernalha, P. D. M., Vianna, C. I. D. A., Canarezi, L. C. C. C., & Calegare, R. G. L. (2012). Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20 (5), 896–902. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23174834>
- Samwel, H. J. A., Kraaimaat, F. W., Crul, B. J. P., van Dongen, R. D., & Evers, A. W. M. (2009). Multidisciplinary allocation of chronic pain treatment: effects and cognitive-behavioural predictors of outcome. *British Journal of Health Psychology*, 14 (Pt 3), 405–21. doi:10.1348/135910708X337760
- Scascighici, L., Toma, V., Dober-Spielmann, S., & Sprott, H. (2008). Multidisciplinary treatment for chronic pain: A systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*, 47 (5), 670–678. doi:10.1093/rheumatology/ken021
- Schiphorst Preupera, H. R., Renemana, M. F., Boonstrac, A. M., Dijkstra, P. U., Versteegene, G. J., & Geertzen, J. H. B. (2007). The relationship between psychosocial distress and disability assessed by the Symptom Checklist-90-Revised and Roland Morris Disability Questionnaire in patients with chronic low back pain. *The Spine Journal*, 7 (5), 525–530. doi:10.1016/j.spinee.2006.08.016
- Schopfloch, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Research Management*, 16 (6), 445–450.
- Schrooten, M. G., Vlaeyen, J. W., & Morley, S. (2012). Psychological interventions for chronic pain: reviewed within the context of goal pursuit. *Pain Management*, 2 (2), 141–150.
- Seeman, T., Epel, E., Gruenewald, T., Karlamangla, A., & McEwen, B.S. (2010). Socio-economic differentials in peripheral biology: Cumulative allostatic load. *Ann N Y Acad Sci*, 1186, 223–239.
- Severeijns, R., Van Den Hout, M. A., Vlaeyen, J. W., & Picavet, H. S. (2002). Pain catastrophizing and general health status in a large Dutch community sample. *Pain*, 99, 367–376. doi:10.1037/0278-6133.23.1.49
- Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12. (2011). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Repéré à http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/chronicpain_act.html

- Söderlund, A., Sandborgh, M., & Johansson, A.C. (2017). Is self-efficacy and catastrophizing in pain-related disability mediated by control over pain and ability to decrease pain in whiplash-associated disorders?. *Physiother Theory Pract.*, 33(5), 376-385. doi: 10.1080/09593985
- Sturgeon, J. A. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 115–124. doi:10.2147/PRBM.S44762
- Sullivan, M. D., Edlund, M. J., Fan, M.-Y., Devries, A., Brennan Braden, J., & Martin, B. C. (2010). Risks for possible and probable opioid misuse among recipients of chronic opioid therapy in commercial and medicaid insurance plans: The TROUP Study. *Pain*, 150 (2), 332–9. doi:10.1016/j.pain.2010.05.020
- Sullivan, M. D., Edlund, M. J., Steffick, D., & Unutzer, J. (2005). Regular use of prescribed opioids: association with common psychiatric disorders. *Pain*, 119 (1-3), 95–103. doi:10.1016/j.pain.2005.09.020
- Sullivan, M. J. L., Adams, H., Horan, S., Maher, D., Boland, D., & Gross, R. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18 (3), 249–61. doi:10.1007/s10926-008-9140-5
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychol Assess*, 7, 524–532.
- Sullivan, M.J.L., Thorn, B., Keefe, F.J., Martin, M., Bradley, L.A., & Lefebvre, J.C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 17, 52 – 64.
- Sullivan, M. J. L., Yakobov, E., Scott, W., et al. (2014). Perceived injustice and adverse recovery outcomes. *Psychological Injury and Law*, 7(4), 325-334.
- Tang, J., & Gibson, S. J. (2005). A psychological evaluation of the relationship between trait anxiety, pain perception, and induced state anxiety. *J Pain*, 6, 612–619.
- Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*, 36, 575–586.
- Testa, M., Anderson, R., & Nackley, J. F. (1993). Quality of life and antihypertensive therapy in men – A comparison of captopril with enalapril. *The New England Journal of Medicine*, 328, 907–913.

- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc. Sci Med*, 46, 1569–85.
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., & Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27, 716–723. doi:10.1097/AJP.0b013e318219a933
- Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2014). Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, 66. doi:10.1007/s10865-014-9579-0
- Tunks, E.R., Crook, J., & Weir, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 224-234.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 678–690. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.678
- Turk, D.C., Okifuji, A., & Sherman, J.J. (2000). Psychological factors in chronic pain: Implications for physical therapists. Dans J.W. Toney et J.T. Taylor (Éds), *Low back pain* (3e éd.). Baltimore: Williams & Williams.
- Turk, D., & Swanson, K. (2007). Efficacy and cost-effectiveness treatment for chronic pain : an analysis and evidence-based synthesis. In: Schatman ME, Campbell A, editors. *Chronic Pain Management: Guidelines for Multidisciplinary Program Development* (pp. 15-38). CRC Press.
- Turner, J.A., Mancl, L., & Aaron, L.A. (2006). Short- and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain : A randomized controlled trial. *Pain*, 121, 181-194.
- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152 (3), 533–42. doi:10.1016/j.pain.2010.11.002
- Veehof, M.M., Trompeter, Bohlmeijer, & Schreurs. (2016) Acceptance and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a metanalytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5-31, DOI: 10.1080/16506073.2015.1098724

- Veresciagina, K., Ambrozaitis, K. V., & Spakauskas, B. (2007). Health-related quality-of-life assessment in patients with low back pain using SF-36 questionnaire. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 43(8), 607 – 613.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., & Devulder J, Van Houdenhove, B., De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106, 65–72. doi:10.1016/S0304-3959(03)00291-4
- Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*, 85, 317–332.
- Vowles, K. E., & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (3), 397–407. doi:10.1037/0022-006X.76.3.397
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: the contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain (London, England)*, 11 (7), 779–787.
- Vowles, K. E., & Thompson, M. (2011). Acceptance and commitment therapy for chronic pain. In L. McCracken (Ed.), *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice* (pp. 31–60). Oakland, CA : Context Press.
- Waheed, A., Bhat, S., Hameed, A., & Nabi, V. (2012). Quality of Life in Patients with Chronic Pain- A Study in Indian Population Using European Organization for Research and Treatment of Cancer(EORTC) Questionnaire. *Applied Research in Quality of Life*, 8 (1), 77–86. doi:10.1007/s11482-012-9177-7
- Weisberg, J. (2000). Personality and personality disorders in chronic pain. *Curr Rev Pain*, 4, 60–70. doi:10.1007/s11916-000-0011-9
- Werneke, M.W., Hart, D.L., George, S.Z., Stratford, P.W., Matheson, J.W., & Reyes, A. (2009). Clinical outcomes for patients classified by fear-avoidance beliefs and centralization phenomenon. *Arch Phys Med Rehabil*, 90(5), 768–777.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., ... Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152, 2098–2107. doi:10.1016/j.pain.2011.05.016
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K., & Ingvar, M. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17, 599–611.

- Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. doi:10.1002/14651858.CD007407.pub3
- Williams, A., Keefe, F. J., & Vlaeyen, J. W. S. (2010). Psychology for non-psychologists. In J. Mogil (Ed.), *Pain 2010— an updated review: refresher course syllabus* (pp. 161–178). Washington, DC : IASP Press.
- Williams, D. A. (2003). Psychological and behavioral therapies in fibromyagia and related syndromes. *Bailliere's Best Practice and Research (Clinical Rheumatology)*, 17, 649-665.
- Williams, D. A., Cary, M. A., Groner, K. H., Chaplin, W., Glazer, L. J., Rodriguez, A. M. et al. (2002). Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. *Journal of Rheumatology*, 29, 1280-1286.
- Wollaars, M., Post, M., van Asbeck, F., & Brand, N. (2007). Spinal cord injury pain: the influence of psychologic factors and impact on quality of life. *Clin J Pain*, 23 (5), 383–391. doi:10.1097/AJP.0b013e31804463e5
- Zale, E. L., Lange, K. L., Fields, S. A., & Ditre, J. W. (2013). The relation between pain-related fear and disability: a meta-analysis. *Journal of Pain*, 14 (10), 1019–1030. doi:10.1016/j.jpain.2013.05.005

Appendice A

Description des centres d'expertise en gestion de la douleur et du groupe Mieux gérer la douleur au quotidien

Cet appendice décrit les Centres d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) se trouvant dans la province du Québec. Cette section présente aussi l'intervention « Mieux gérer la douleur au quotidien », qui est un programme offert par une des cliniques tertiaires du CEGDC dans la région de Québec. Des détails sur le contenu, les objectifs et les procédures sont disponibles.

Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique

Dans un but d'améliorer l'accès aux soins des patients douloureux, les CEGDC ont été créés. La mission des CEGDC est d'offrir un service de troisième ligne (soins surspécialisés) à une clientèle souffrant d'une douleur qui est complexe et réfractaire aux traitements préconisés en première ligne (services généraux et soins courants) et deuxième ligne (services spécialisés). Les professionnels des CEGDC travaillent en équipe interdisciplinaire. Les CEGDC mettent aussi à profit l'expertise de chaque établissement sur les plans de la recherche, de l'enseignement et de l'évaluation des technologies et des modalités d'intervention. Chaque CEGDC couvre un territoire précis et présente des services similaires pour venir en aide à la clientèle.

Le CEGDC du réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL) offre des services surspécialisés dans la grande région de Québec. Les gens fréquentant ce CEGDC se retrouvent avec une douleur complexe, non cancéreuse et qui a un impact significatif et persistant sur toutes les sphères de vie de l'utilisateur (Ginchereau, Bernier, Pelletier, & Trahan, 2014). Le programme d'intervention

psychoéducatif du CEGDC « Mieux gérer la douleur au quotidien » est une opportunité de jumeler les concepts des principales interventions privilégiées, présentées dans cet essai, en un seul groupe.

Le groupe Mieux gérer la douleur au quotidien

L'intervention de groupe « Mieux gérer la douleur au quotidien » du CEGDC est une intervention interdisciplinaire et psychoéducative brève de cinq rencontres basées sur l'ACT et la TCC. Elle est animée par un psychologue et un ergothérapeute, spécialisés dans le traitement de la DC. Cette intervention vise à offrir aux patients différents enseignements sur la douleur, l'équilibre dans les activités, les pensées et émotions, l'hygiène de vie et la médication. Au terme des rencontres d'intervention, les participants sont rencontrés individuellement pour une rencontre bilan sur les apprentissages avec les animateurs du groupe.

Voici quelques informations pertinentes :

- Nombre des séances : 5 rencontres hebdomadaires en groupe et une rencontre en individuel (environ 1 heure)
- Durée des séances : 2 heures, en matinée de 10 à 12h
- Objectifs généraux : 1) mieux comprendre la douleur persistante, 2) mieux gérer la douleur et les symptômes associés, 3) améliorer la qualité de vie
- Portions thèmes et discussion : Environ 75 % de la séance sont dédiés à l'éducation, alors que 25 % sont consacrés aux discussions et aux exercices.

Thèmes abordés dans le groupe « Mieux gérer la douleur au quotidien »

Séances	Thèmes
1	Questionnaires pré-intervention (30 minutes avant le début du groupe). Comprendre la douleur et reconnaître les facteurs qui causent la douleur chronique
2	L'équilibre dans les activités, clarification des valeurs, rester actif
3	Rôles des pensées et des émotions, gestion des pensées et acceptation de la douleur chronique
4	L'hygiène de vie et la respiration abdominale
5	Connaitre sa médication et les effets associés, stratégies pour faire face aux difficultés (professionnel invité : Pharmacien)
6	Rencontre individuelle de bilan sur les apprentissages avec le psychologue. Questionnaires post-intervention.

Appendice B

Normes de présentation de l'article scientifique par Douleur et Analgésie

Instructions aux auteurs

1 - Le manuscrit

Les articles sont rédigés en français. Ils sont envoyés sur support informatique PC ou Macintosh, par e-mail (enregistrés sous Word) à :

Éditions Lavoisier - Service éditorial
Agnès Boisliveau
e-mail : boisliveau@lavoisier.fr

Les articles ne seront acceptés pour publication qu'après avoir été soumis à l'appréciation du comité de rédaction et du comité de lecture. Les articles sont dactylographiés au format 21 / 29,7, en police Times ou équivalente, corps 12, en double interligne (soit env. 2 000 caractères espaces inclus par page). Sur une page de garde, les auteurs écrivent leurs nom, prénom, institution et adresse, ainsi que les coordonnées (e-mail, téléphone) où ils peuvent être joints. La première page comporte le titre de l'article, en français et en anglais, et un titre court de l'article en français (50 signes maximum). La deuxième page comprend un résumé (500 caractères au maximum) et des mots clés (5 au maximum) en français et en anglais. Les articles originaux devront être accompagnés d'un abstract structuré (Objectif, Matériel et Méthodes, Résultats, Conclusion / *Aims, Material and Methods, Results, Conclusion*). L'auteur se charge de traduire le titre, le résumé et les mots clés en anglais. Merci de ne pas utiliser les traducteurs automatiques disponibles sur internet pour ces éléments en anglais.

Les articles (titres, résumés, mots clés, références, schémas et dessins inclus) ne devront pas dépasser :

- **pour les revues de la littérature et les méta-analyses**, 15 pages dactylographiées (30 000 caractères espaces inclus) ;
- **pour les articles originaux, de méthodologie et de recherche clinique**, 12 pages dactylographiées (24 000 caractères espaces inclus) ;
- **pour les cas cliniques**, 5 pages dactylographiées (10 000 caractères espaces inclus) . Ils ne comportent pas de résumé français et anglais, mais des mots clés et leur traduction ;
- **pour les éditoriaux et les comptes-rendus**, 2 pages (4 000 caractères espaces inclus) ;
- **les notes de lecture** ne devront pas excéder 40 lignes dactylographiées.

Le titre est aussi bref et compréhensible que possible. Le texte peut suivre le mode de rédaction habituelle : introduction, revue de la littérature, méthodes et population, résultats, discussion, conclusion. Mais il peut être également simplement articulé en chapitres, subdivisés en paragraphes par des sous-titres. Les schémas et dessins figurent sur des pages à part, avec leurs légendes. La numérotation se fait en chiffres arabes pour les tableaux et les figures.

2 - Iconographie

Tableaux. Ils ne peuvent a priori excéder le nombre de quatre. Ils sont présentés sur des pages à part et numérotés en chiffres arabes par ordre d'apparition dans le texte. Ils comportent obligatoirement un titre et une légende.

Figures. Elles sont numérotées en chiffres arabes par ordre d'apparition dans le texte et présentées sur des pages à part. Leurs légendes sont regroupées sur une même page. Les figures doivent être d'excellente qualité (**résolution minimum : 300 dpi, aux formats TIFF, JPEG ou EPS**), si possible en fichier natif pour une bonne reproduction et seront publiées en noir et blanc dans la revue et en couleur sur le site.

Autorisation de reproduction. Si l'auteur souhaite insérer des figures déjà publiées, il est nécessaire d'obtenir l'autorisation de les reproduire auprès de l'éditeur, aussi bien pour la version électronique que papier. Certains éditeurs n'accordent pas l'autorisation gratuitement. Lavoisier ne pourra pas rembourser les coûts engagés pour obtenir ces autorisations. Dans ce cas, d'autres figures devront être exploitées.

3 - Les références bibliographiques

L'ensemble, rédigé sur des feuilles séparées, comprend uniquement les références citées dans l'article. L'article ne comporte pas plus de 30 références, excepté pour les revues de la littérature (50 références au maximum). Les références sont rangées suivant l'ordre chronologique d'apparition dans le texte. L'appel bibliographique se fait directement dans le texte, par le numéro de la référence entre crochets. Les normes internationales sont utilisées de la façon suivante :

Pour un ouvrage :

- Nom de l'auteur en minuscules suivi d'un espace et de l'initiale du prénom (Dupont J). Si la référence compte deux à quatre auteurs, une virgule séparera l'initiale du prénom du premier, du nom du second. S'il y a plus de quatre auteurs, seuls les noms et initiales des trois premiers auteurs seront indiqués et suivis alors de « et al ».
- Année de publication entre parenthèses.
- Titre complet suivi par un point. Dans le cas d'un chapitre ou partie extrait(e) d'un ouvrage, indiquer à la suite du titre « In: » suivi de(s) nom(s) et initiale(s) du ou des auteurs principaux (suivi d'une virgule) et du titre de l'ouvrage suivi par un point. Éditeur (suivi d'une virgule), lieu de parution (suivi d'une virgule), et numéros des pages citées séparés par un tiret.

Exemple : Koleck M (2001) Rôle de certains facteurs psychosociaux dans le profil évolutif des lombalgies communes. In: Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement, sous la direction de Bruchon-Schweitzer M, Quintard B. Dunod, Paris, pp 77-92

Pour un article :

Comme précédemment pour les noms et prénoms. Année de publication. Titre complet de l'article. Titre de la revue (abrégée si possible, suivant la nomenclature internationale de l'Index Medicus). Volume suivi de deux points, sans espace avant et après les deux points, suivis des numéros des pages concernées séparés par un tiret.

Exemple : Taddio A, O'Brien L, Ipp M, et al (2009) Reliability and validity of observer ratings using the visual analog scale (VAS) in infants undergoing immunization injections. *Pain* 147:141-6

Dans le corps du manuscrit peuvent apparaître des titres d'ouvrage ou d'article. Aucune autre typographie ne sera utilisée (ni gras, ni italiques).

4 - Publication

Après expertise, le texte est accepté avec ou sans corrections. Il peut également être refusé avec argumentation. Une fiche d'expertise systématique sera transmise à l'auteur principal avec les demandes de modifications. Lorsque le manuscrit est accepté, il ne peut plus être publié dans une autre revue, sauf accord du comité de rédaction et de l'éditeur. Des épreuves seront envoyées aux auteurs pour relecture.

5 - Conflit d'intérêt et principes éthiques

La rédaction de *Douleur et Analgésie* a pour principe d'assurer l'indépendance, l'objectivité et la rigueur scientifique de la revue. À cette fin, les auteurs sont tenus d'informer les lecteurs de tout conflit d'intérêt potentiel ou réel qui pourrait avoir une relation directe avec le thème de leur article, comme le financement ou l'appartenance à une ou des institutions. Aussi une déclaration de conflit d'intérêt doit-elle être publiée dans chaque article de la revue.

Si leur article cite ou rapporte les résultats d'études sur des sujets humains, les auteurs devront préciser si les procédures suivies au cours de ces recherches sont conformes : aux dispositions éthiques, légales et réglementaires applicables à la recherche sur des sujets humains dans leur propre pays ainsi qu'aux règles internationales applicables définies par la déclaration d'Helsinki de l'Association médicale mondiale. Toutefois, si un doute persiste, bien que la recherche soit conforme à la déclaration d'Helsinki, les auteurs devront justifier leur approche et démontrer que les aspects litigieux de leur recherche ont été approuvés par le comité d'éthique indépendant ayant mis en place le protocole expérimental. Si leur article rapporte des expérimentations sur des animaux, les auteurs devront préciser si ces recherches respectent la réglementation nationale relative à l'utilisation des animaux de laboratoire.

Résumé des recommandations

- **Merci de respecter la longueur du texte selon la rubrique**
- **Titre, résumé et mots clés en français et en anglais**
- **Affiliation de chacun des auteurs (mail + adresse postale)**
- **Références en ordre chronologique d'apparition dans le texte, selon les normes de la revue**
- **Références citées dans le texte par son numéro**
- **Joindre la déclaration de conflit d'intérêt et la déclaration de principes éthiques**
- **Autorisation de reproduction des figures**